

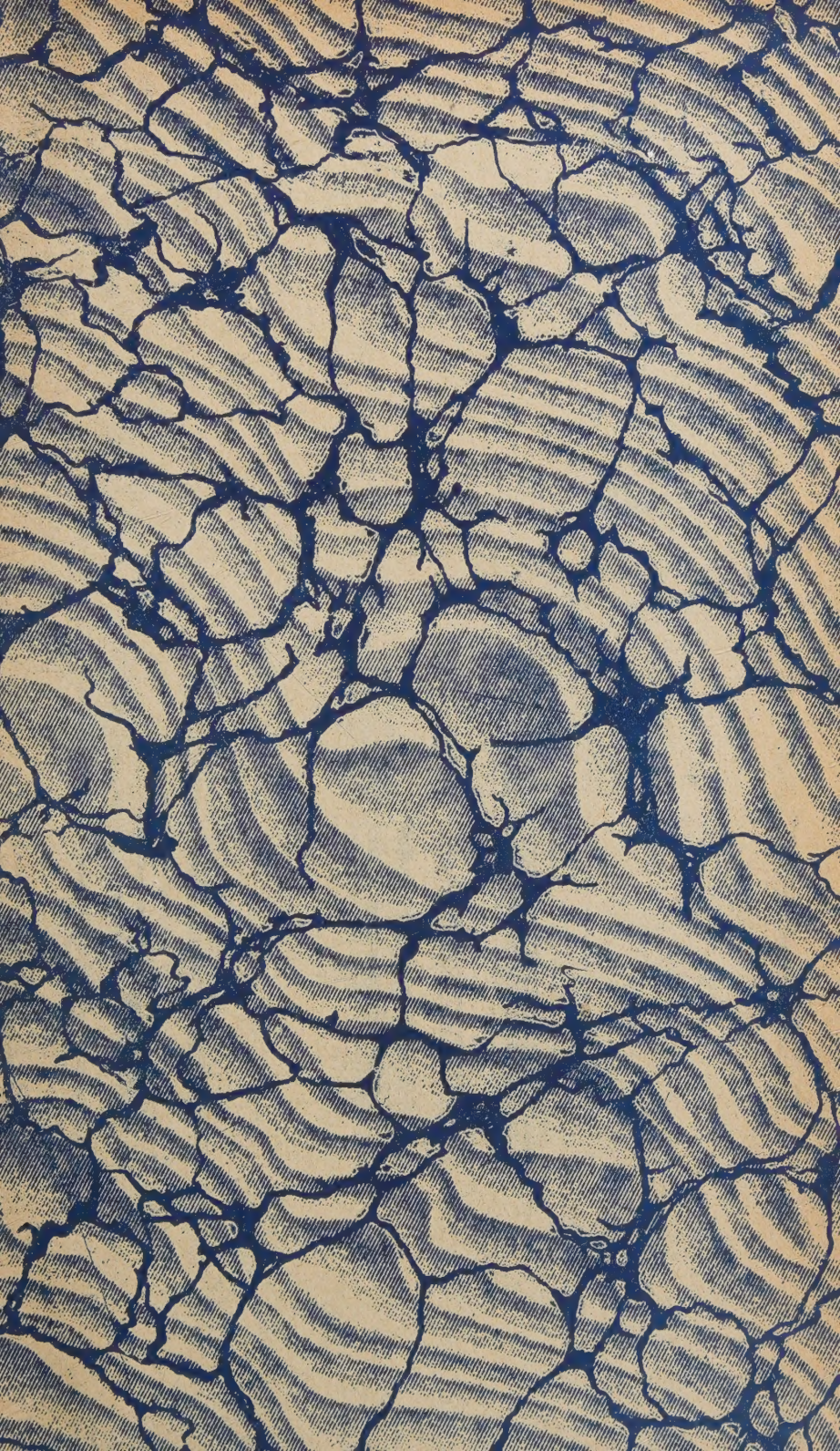
LANE



MEDICAL

LIBRARY

LEVI COOPER LANE FUND



Année 1927

THÈSE

N° 556

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Francis BESNARD

Ancien Interne des Hôpitaux de Rennes

Né le 27 Février 1900, à Saint-James (Manche)

HERNIES de l'INTESTIN

à travers les déchirures de l'Utérus

au cours d'interventions

Président; M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

EDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1927



T H E S E
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Francis BESNARD

Ancien Interne des Hôpitaux de Rennes

Né le 27 Février 1900, à Saint-James (Manche)

HERNIES de l'INTESTIN à travers les déchirures de l'Utérus au cours d'interventions

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

EDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen

I. — Professeurs

Anatomie	
Anatomie médico-chirurgicale	
Physiologie	
Physique médicale	
Chimie organique et chimie générale	
Bactériologie	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	
Pathologie et Thérapeutique générales	
Pathologie médicale	
Pathologie chirurgicale	
Anatomie pathologique	
Histologie	
Pharmacologie et matière médicale	
Thérapeutique	
Hygiène	
Médecine légale	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	
Pathologie expérimentale et comparée	
Clinique médicale	
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique des maladies infectieuses	
Clinique chirurgicale	
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique	
Professeur sans chaire	

M. ROGER

MM.
 ROUVIERE
 GUNEO
 ROGER
 STROHL
 DESGREZ
 LEMIERRE
 BRUMPT
 MARCEL LABBE
 SICARD
 LECENE
 ROUSSY
 N...
 TIFFENEAU
 LÖEPER
 Léon BERNARD
 BALTHAZARD
 MENÉTRIER
 RATHERY
 CARNOT
 BEZANÇON
 ACHARD
 WIDAL
 MARFAN
 NOBECOURT
 H. CLAUDE
 JEANSKIME
 GUILLAIN
 TEISSIER
 DELBET
 HARTMANN
 LEJARS
 GOSSET
 TERRIEN
 LEGUEU
 COUVELAIRE
 BRINDEAU
 JEANNIN
 J.-L. FAURE
 OMBREDANNE
 VAQUEZ
 SEBILÉAU
 DUVAL
 SERGENT
 BRANCA

II. — Agrégés en exercice

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULE	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAMPY	Histologie.

MM.

CHIRAY	Pathologie médicale
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRE	Hygiène.
I. DE JONG	Anatomie pathologique.
DOGNON	Physique.
DONZELO	Pathologie médical.
DUVOIR	Médecine légale.
EGALLE	Obstétrique.
FLESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expériment.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale

MM.		MM.	
HARVIER.....	Pathologie médicale.	MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
HEITZ-BOYER..	Urologie.	MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
HOVELACQUE..	Anatomie.	MULON.....	Histologie.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.	PHILIBERT...	Bactériologie.
JOYEUX.....	Parasitologie.	QUENU.....	Pathologie chirurgicale
LABBÉ HENRI..	Chimie biologique.	RICHET, Fils..	Physiologie.
LARDENNOIS..	Pathologie chirurgicale	ZEZARY.....	Dermatologie et syphi-
LEMAITRE....	Oto-rhino-laryngologie.		lographie.
LEVY-SOLAL..	Obstétrique.	VALLERY-RADOT	
LHERMITTE...	Pathologie mentale.	(Pasteur).....	Pathologie médicale.
LIAN.....	Pathologie médicale.	VAUDESCAL...	Obstétrique.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.	VELTER.....	Ophthalmologie.
METZGER.....	Obstétrique.	VERNE.....	Histologie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.		MM.	
GOUGEROT....	Pathologie médicale.	REITTERER....	Histologie.
GUENIOT.....	Obstétrique.	TANON.....	Pathologie médicale.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE.....	Clinique chirurgicale	LERI.....	Clinique médicale.
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU....	Clinique chirurgicale.	PROUST.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale	SCHWARTZ....	Clinique chirurgicale.
LE LORIER....	Clinique obstétricale.	VILLARET....	Clinique médicale.
LEREBoullet.	Clinique médicale in-		
	fantile.		

V. — Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	
CHAILLEY-BERT.....	
LEDoux-LEBARD.....	
	Stomatologie.
	Education physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A LA MEMOIRE DE MA MERE

Hommage de piété filiale et d'inaltérable
reconnaissance.

A MADEMOISELLE R. MOREL

Témoignage de profonde gratitude pour
son attachement et son dévouement
à ma mère et à moi-même.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'ETUDES ET D'INTERNAT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LE MONIET

Professeur de Clinique chirurgicale

Dans le service duquel nous avons
accompli notre première année de
stage.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DAMANY

Professeur de Clinique médicale

Dont nous avons été l'externe.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DAYOT

Professeur de Clinique chirurgicale
Chevalier de la Légion d'honneur

Dont nous avons été l'externe, puis
l'interne.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARQUIS

Professeur de Pathologie chirurgicale
Correspondant National de la Société de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'honneur

Dont nous avons été l'interne.

A TOUS MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE L'ECOLE DE MEDECINE DE RENNES

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU
Professeur de Clinique obstétricale
Chevalier de la Légion d'honneur

A qui nous exprimons notre respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MON JURY DE THESE

Homniage respectueux.

INTRODUCTION

Au cours des interventions que l'accoucheur ou le chirurgien peut être appelé à pratiquer sur l'utérus, il arrive que la paroi de l'utérus, soit le siège de traumatismes, et que des déchirures se produisent. Cette déchirure déjà grave en elle-même, revêt une toute autre allure de gravité, lorsque des complications viennent à surgir. C'est justement l'une d'elles que nous aurons en vue dans cette étude : « la hernie de l'intestin à travers les déchirures de l'utérus au cours d'interventions ». Ce n'est pas une complication fréquente assurément, et il ne nous serait pas venu à l'idée de traiter ce sujet, s'il ne nous avait été donné d'en recueillir une observation dans le service de notre maître, Monsieur le Professeur MARQUIS, qui nous a vivement engagé à étudier cette question.

De toutes les hernies, cette variété est sans doute la plus rare : variété exceptionnelle même, puisque nous ne l'avons pas vue signalée au chapitre des hernies, dans les divers traités de chirurgie, que nous avons consultés, non plus que dans une thèse de GRANCE, intitulée : « Variétés rares de Hernies au point de vue du siège ».

Aussi, nous nous sommes demandés si ce terme de « Hernie » était bien le terme qui convenait et répondait à l'ensemble des symptômes observés. Et cependant nous l'avons conservé, car d'après la définition même de LITTRÉ, « la hernie est le déplacement d'un viscère ou d'une portion de viscère qui, échappée de sa cavité naturelle par une ouverture quelconque, fait saillie au dehors ». Nous avons même été plus loin et avons englobé dans notre étude, ces procidences de l'intestin, qui sans s'extérioriser au sens exact du mot, ont quitté la cavité abdominale, pour venir faire saillie dans l'utérus ou le vagin.

C'est intentionnellement aussi que nous avons employé le terme « déchirure », car ce terme implique l'idée de traumatisme. Il ne saurait, en effet, être question ici des hernies pouvant ultérieurement compliquer les ruptures spontanées de l'utérus. Nous avons seulement en vue les hernies, se produisant à travers des solutions de continuité, provoquées par des interventions intra-utérines.

Nous avons dit, plus haut, que ces hernies étaient exceptionnelles. Oui, si nous nous en tenons aux observations qui ont été publiées, nous devons les considérer comme un accident très rare, et pour notre part, nous n'avons réussi à en recueillir que dix-sept cas. Mais devons-nous tabler sur ces seules observations pour juger de leur fréquence réelle. Nous ne le pensons pas et nous croyons que le nombre des cas publiés est bien inférieur à la réalité. Souvent, en effet, la responsabilité de l'accoucheur ou de l'opérateur est gravement engagée, et il est facile de comprendre qu'il hésite à publier ces cas mal-

heureux. Le silence dans ces conditions ne saurait nous étonner, et il faut savoir gré à l'opérateur qui a le courage de les rapporter. D'ailleurs, beaucoup de ces observations n'auraient jamais été connues, si la nécessité d'une intervention immédiate n'avait mis le médecin traitant dans l'obligation de faire appel au concours d'un chirurgien. Et c'est ainsi qu'il nous a été donné de connaître la plupart des observations de cette variété de hernie.

Mais nos recherches ne nous ont pas permis de conclure qu'elles aient encore fait l'objet d'un travail particulier. JOLLY les mentionne sans s'y arrêter dans son travail « sur les ruptures de l'utérus » et BUDIN dans sa thèse d'agrégation de 1878, « sur les lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels », les étudie rapidement au chapitre des lésions de l'utérus. Plus près de nous, LENOIR, dans sa thèse « sur les perforations utérines dans les opérations pratiquées par la voie vaginale » et REBREYEND, dans son travail important « sur les plaies perforantes de l'utérus », les signalent aussi en tant que complications et en publient quelques observations. Encore est-il que toutes ces observations ont trait à des accidents du curettage et que dans la plupart des cas, il s'agisse plutôt de perforation que de déchirure.

Certes, la hernie dans ces cas en particulier où elle s'est à peine engagée à travers la solution de continuité de l'utérus, reste un phénomène de second plan et souvent même n'est reconnue qu'au moment de l'intervention. Mais l'anse herniée ne s'arrête pas toujours dans l'utérus. Elle peut descendre dans le vagin et même s'extérioriser jusqu'à venir pendre à la partie moyenne des cuisses.

Les accidents herniaires revêtent alors un grand caractère de gravité et prennent le pas sur la déchirure d'autant qu'à la hernie de l'anse viennent parfois s'ajouter des lésions de contusion ou de perforation. Aussi, nous avons pensé que ces accidents, qui ont leur symptomatologie propre, méritaient une étude particulière.

Nous étudierons donc, dans un premier chapitre, la cause de ces hernies ; les interventions qui les occasionnent et le mécanisme de leur production. Puis après avoir recherché dans un deuxième, les symptômes par lesquels elles se manifestent et qui permettent d'en faire le diagnostic, nous envisagerons dans un dernier chapitre les différents traitements qui ont été préconisés et nous essaierons d'en déduire quel est le traitement de choix qui s'offre au chirurgien.

Mais nous ne voudrions pas commencer cette thèse, qui marque la fin de nos études, sans remercier tous les maîtres qui ont contribué à notre formation médicale. Nous voudrions pouvoir les nommer tous. Dans leurs divers services, ils nous ont toujours réservé le meilleur accueil ; ils nous ont fait profiter de leur expérience, ils nous ont aidé de leurs exemples et de leurs conseils. Nous leur en exprimons notre profonde reconnaissance.

Qu'il nous soit permis de remercier plus spécialement ceux qui nous ont fait l'honneur de nous accepter dans leur service.

Nous nous félicitons d'avoir eu pour maître, au début de nos études, Messieurs les Professeurs LE MONIET et LE DAMANY. Pendant que Monsieur le Professeur LE MONIET nous enseignait les premiers principes de chirur-

gie, Monsieur le Professeur LE DAMANY, dont nous devons devenir l'externe un an plus tard, nous apprenait les premières notions de séméiologie et nous initiait à l'art difficile de l'auscultation.

Nous n'avons pas oublié avec quelle conscience ils s'acquittèrent de cette tâche ingrate et l'intérêt qu'ils nous ont toujours témoigné. Nous les prions de recevoir ici l'expression de nos remerciements.

Monsieur le Professeur DAYOT voulut bien nous accepter comme interne. Nous avions déjà eu l'avantage d'être son externe. Pendant tout le temps que nous avons passé dans son service, il nous accorda la plus bienveillante attention, et il sut toujours, par sa grande simplicité, diminuer les distances qui séparaient le maître et l'élève. Ses conférences au lit du malade, qu'il savait rendre vivantes par le récit de multiples observations recueillies au cours de sa longue carrière, nous permirent de profiter de sa grande expérience. Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

Nous devons passer notre deuxième année d'internat dans le service de Monsieur le Professeur MARQUIS. Nous ne saurions trop le remercier de l'intérêt bienveillant qu'il nous a toujours témoigné et de la confiance qu'il nous a accordée en nous laissant une grande liberté dans son service. Il ne perdit jamais une occasion de nous être utile en même temps qu'agréable. Nous aimons redire tout le fruit que nous avons tiré de son enseignement si clair et si pratique et nous souhaitons avoir acquis près de lui cet esprit de méthode et de précision qu'il apportait en toute chose.

C'est à lui que nous devons le sujet de cette thèse, et il nous a permis, par ces conseils et ses encouragements, de mener à bien ce modeste travail. Qu'il veuille accepter l'expression de notre profonde gratitude.

Nous ne saurions oublier : Monsieur le Docteur LE GAL LA SALLE, professeur suppléant de clinique chirurgicale ; Monsieur le Docteur LE BALLE, chef de clinique chirurgicale ; Monsieur le Docteur BAUDET, assistant de chirurgie ; Monsieur le Docteur BRAULT, chef de clinique obstétricale. Dans les divers services où nous avons eu l'avantage de les rencontrer, ils nous ont facilité notre tâche par leurs conseils éclairés et nous ont toujours témoigné la plus bienveillante amitié. Nous les en remercions vivement.

Nous associons à ces remerciements, Monsieur le Docteur HARDOUIN, professeur de clinique obstétricale, qui a eu l'amabilité de nous fournir deux observations très intéressantes.

CAUSES ET PATHOGENIE

La hernie qui nous intéresse, nécessite pour sa production, une solution de continuité de l'utérus. Il nous faut donc étudier au chapitre des causes : d'abord comment se produit cette solution de continuité ; ensuite quelles sont les circonstances qui vont permettre à l'intestin de s'engager à travers cette déchirure.

Nous l'avons précisé dans l'introduction, nous n'avons pas l'intention de comprendre, dans ce travail, l'étude des hernies qui pourraient se produire au cours des ruptures spontanées de l'utérus. Nous avons seulement en vue les hernies consécutives aux déchirures provoquées par les interventions qui se font sur l'utérus, en particulier au cours de l'accouchement. Mais comme cet accident se voit assez fréquemment au cours du curettage, et que nous en avons réuni neuf observations, nous verrons comment, dans ce cas, nous pouvons en expliquer la production.

Pour étudier le mécanisme de ces hernies, nous n'examinerons pas en détail chaque observation. Cette étude serait trop longue. Nous nous contenterons d'envisager comment, dans le cas particulier que nous rapportons et qui est très suggestif, se sont déroulés les différents

temps de l'accouchement, et de leur étude nous essaierons de déduire quel est le mécanisme de la déchirure d'abord, de la hernie ensuite. Puis nous verrons si, dans les autres cas, nous pouvons expliquer leur production de la même manière.

Dans l'observation que nous publions la première, nous nous trouvons en présence d'une femme qui présente un ventre en obusier fortement marqué. C'est là une particularité anatomique qui ne doit pas nous étonner, puisque cette femme est multipare et qu'il n'est pas rare de voir ces femmes présenter de l'antéversion. Cette déformation va avoir naturellement une influence importante sur la marche du travail : elle va en augmenter la durée et c'est d'ailleurs ce que l'observation nous rapporte : « Il y a quinze heures que la femme est en travail et l'accouchement n'avance pas : les douleurs disparaissent et les contractions se font de plus en plus rares. » Cette déviation de l'utérus a en effet pour résultat de s'opposer à l'engagement de la tête. L'utérus, en se contractant, au lieu de pousser son contenu dans la direction de l'excavation pelvienne, le pousse vers la concavité du sacrum, au niveau de cet angle fortement accentué que fait le corps sur le col. Aussi le médecin qui voit le travail traîner en longueur, décide de tenter une application de forceps. Nous n'avons pas à discuter ici les indications du forceps. Disons seulement que cette application devra être très prudente, car l'observation signale qu'elle se fait sur une « tête haut située », ce qui souvent veut dire tête non fixée. Et pour peu que cette tête soit mobile, la cuiller du forceps, au moment de son introduction, ris-

que de buter au niveau de cette coudure très prononcée faite par le corps sur le col, région qui pendant la grossesse constitue le segment inférieur. Or, c'est justement là une région de moindre résistance et qui joue un rôle capital dans la pathogénie des déchirures. A la différence du corps de l'utérus, le segment inférieur présente une musculature beaucoup plus faible, car à son niveau la couche moyenne fait défaut. Aussi pendant le travail, il n'est le siège d'aucune contraction. Il reste flasque et mou. Son rôle est purement passif : il se laisse distendre pour laisser le passage libre. Cette constitution particulière du segment inférieur le prédispose naturellement aux déchirures, et c'est à son niveau qu'elles sont le plus fréquentes. Mais la compression et la distension dont il est le siège au cours des accouchements laborieux viennent encore, en l'amincissant, augmenter cette prédisposition naturelle et contribuer pour une large part à la déchirure. Or, dans notre observation, cette dernière cause intervient aussi. La déviation de l'utérus, nous l'avons vu, a eu pour conséquence de chasser la tête vers la concavité du sacrum, et le segment inférieur sous l'influence des contractions énergiques se trouve comprimé entre les deux plans résistants que forment le sacrum d'une part et la tête du fœtus d'autre part. Au premier danger créé par la coudure très prononcée que forme le corps sur le col, vient donc s'en ajouter un second non moins important : l'extrême minceur du segment inférieur. Aussi une application de forceps, dans ces conditions, ne manque pas d'être dangereuse.

L'introduction des deux branches se fait cependant

sans incident. Mais au moment de les articuler, le médecin éprouve quelque difficulté. Est-ce au cours de cette manœuvre qu'il déchire l'utérus ? C'est possible, mais rien ne nous permet de l'affirmer, car aucun symptôme de déchirure ne se manifeste alors. Ou bien la solution de continuité ne se produit-elle pas plutôt au moment de l'introduction de la branche droite, introduite première, qui est venue buter au niveau de l'angle formé par le corps sur le col. Nous penchons volontiers pour cette solution, et la difficulté qu'éprouve l'accoucheur à articuler ses deux branches n'est pas un obstacle à cette explication. La cuiller qui est passée au travers de la paroi utérine se trouve emprisonnée entre les lèvres de la plaie, et se rabat sur l'utérus, lors des essais de l'articulation. Aussi nous croyons que cette situation anormale de la cuiller droite peut permettre d'expliquer les difficultés de cette manœuvre.

Ce qui est certain (et l'opération pratiquée ultérieurement permettra de le contrôler), c'est que la branche droite, placée directement en arrière, pénètre dans l'abdomen, mais aucun symptôme net ne vient en avertir l'accoucheur. Lors de l'articulation, la cuiller qui a pénétré dans la cavité abdominale, se trouve rabattue sur la lèvre supérieure de la plaie utérine, emprisonnant cette portion de tissu entre la tête du fœtus et elle-même. Au cours des tractions qui suivent, cette partie de l'utérus est arrachée et amenée à l'extérieur, où le médecin la prend pour un lambeau de placenta.

Cette façon d'expliquer le mécanisme de la déchirure, concorde d'ailleurs avec l'aspect des lésions trouvées à

l'opération. Le chirurgien n'a pas affaire à une déchirure ordinaire de l'utérus, mais bien à une perte de substance, siégeant en arrière, au niveau du segment inférieur. Le grand axe de cette déchirure est transversal, ce qui correspond bien à l'application de la branche droite, qui a été faite directement en arrière. Il est facile de comprendre qu'à travers pareille plaie longue de 8 cm. et dont les lèvres béantes s'écartent de 2 à 3 cm., l'intestin va s'engager au moindre effort. C'est ce qui se produit, et alors que la malade pousse pour expulser la délivrance, le médecin voit l'anse intestinale apparaître à la vulve. Dans ce cas particulier, le mécanisme de la hernie proprement dite est simple et facile à expliquer : elle se produit à travers une large perte de substance, sous la seule influence de la contraction abdominale.

Mais est-ce ainsi que se produisent toutes ces hernies de l'intestin. Nous ne le pensons pas car il est exceptionnel que le forceps occasionne des lésions aussi considérables. Le plus souvent, au cours des applications de forceps, comme au cours de la version, il s'agit seulement de déchirure et non pas d'une perte de substance. Or, beaucoup de déchirures ne se compliquent pas de hernies, et les déchirures avec hernies sont heureusement rares, comparativement aux déchirures simples. D'ailleurs, les dimensions de la déchirure ne semblent avoir qu'une importance relative dans la production de ces hernies et nous voyons des solutions de continuité importantes de l'utérus qui ne se compliquent pas de hernie. Aussi nous pensons que dans certains cas, l'inertie utérine joue un rôle. L'utérus possède, en effet, une propriété impor-

tante, la rétractilité, qui lui permet de revenir sur lui-même au fur et à mesure qu'il se vide de son contenu. Mais cette propriété peut faire défaut et l'utérus, au lieu de se rétracter, reste mou et flasque : c'est là l'inertie utérine, dont la cause la plus fréquente réside dans le surmenage du muscle utérin, après un travail long et pénible. C'est la conséquence, comme l'a dit PLAUCHU, « de la lutte inefficace du muscle contre un obstacle au-dessus de ses forces, d'un effort musculaire exagéré d'un muscle strié qui lutte énergiquement d'abord, puis qui répond aux excitations de ses nerfs par de faibles contractions pour ne plus leur obéir du tout. »

Dans les observations que nous avons réunies, nous n'en avons trouvé aucune qui mette en relief ce rôle de l'inertie utérine, mais nous pensons cependant qu'elle intervient dans la production des hernies à travers les déchirures de faibles dimensions. Par suite de l'absence de rétraction du muscle utérin, les lèvres de la plaie, au lieu de se rapprocher, restent béantes et permettent l'issue de l'intestin dans la cavité utérine d'abord, à l'extérieur ensuite. Au contraire, cette rétraction se faisant normalement, explique que des déchirures importantes ne se soient pas compliquées de hernie. Et dans la thèse de BUDIN, nous avons relevé plusieurs observations de déchirures étendues sans hernie et en particulier une de PITRES et CHAMPETIER DE RIBES : « la déchirure avait 5 cm. de longueur et présentait des bords hachés, dûs à ce que pendant les tractions, les deux cuillers du forceps avaient pour ainsi dire scié l'utérus sur les branches du pubis. »

Toutes les hernies de l'intestin à travers les déchirures de l'utérus ne peuvent cependant pas s'expliquer de cette façon. Il en est d'autres qui se produisent par un mécanisme différent. L'intestin, au lieu de s'engager spontanément sous l'influence des contractions abdominales, reste passif, et c'est la main, ou un instrument, qui va le chercher dans la cavité péritonéale, pour l'amener à l'extérieur. On conçoit facilement que lorsque le forceps a provoqué une déchirure et est passé dans l'abdomen, une anse intestinale puisse être pincée entre la cuiller et la tête du fœtus. De même à l'occasion d'une délivrance artificielle, la main peut passer au travers de l'utérus, accrocher une anse intestinale et l'amener à l'extérieur, en croyant ramener des débris placentaires. Ce mécanisme de la hernie est possible. Mais parfois aussi, ce n'est pas la main qui provoque la déchirure. Celle-ci existe déjà et est le résultat des autres interventions qui ont précédé. La main qui tente la délivrance artificielle, saisit une anse d'intestin qui est passée dans la cavité utérine ; elle ne provoque pas la déchirure ni la hernie, elle ne fait que les rendre évidentes.

Et LOWSLEY, après avoir pratiqué une version, sentit, en faisant la délivrance artificielle, quelque chose qui ressemblait à du placenta. Il l'attira, et il eut la désagréable surprise d'y reconnaître une anse intestinale.

Mais c'est surtout au cours de curettage que la hernie se produit par ce mécanisme indirect. Les dimensions de la déchirure sont alors trop étroites pour que l'intestin s'y engage spontanément. C'est la curette qui va le chercher et le ramène dans la cavité utérine. Cet accident de

perforation pendant le curettage n'est pas très rare, d'autant qu'il se fait sur des utérus pathologiques et par là même très fragiles, comme ALBERTI le fait remarquer avec insistance dans son observation. Mais parfois, aucun symptôme ne vient avertir l'opérateur de l'existence de cette perforation. Il continue son curettage. Il réintroduit sa curette et il peut lui arriver de l'engager au travers de la brèche utérine. Il s'en va alors, à l'exemple des médecins cités par MANN et ORTHMANN, râcler l'intestin, le dilacère et lui occasionne de graves lésions. La curette peut cependant, sans créer d'aussi gros dégâts, accrocher une anse d'intestin et la ramener dans l'utérus. L'opérateur qui ne se doute toujours pas de la perforation, sent qu'il reste encore quelque chose dans la cavité utérine. Il pense qu'il s'agit de débris placentaires, et dans le but de saisir ces débris, il introduit une pince. Il a alors la surprise de ramener une anse intestinale, que la curette, nous l'avons vu, a pu traumatiser gravement.

Parfois l'intestin résiste aux tractions exercées par l'intermédiaire de la pince, et si l'opérateur tire sans ménagement, l'anse est arrachée et désinsérée de son mésentère. (ORTHMANN, MARTIN).

Ainsi, c'est surtout à l'occasion du forceps, de la version, de la délivrance artificielle ou du curettage, que se voient ces accidents et les malformations ou les altérations de l'utérus jouent souvent un rôle prédisposant important dans leur étiologie. Mais le mécanisme même de la hernie ne peut, dans tous les cas, s'expliquer de la même façon. Tantôt la hernie se produit spontanément, sous la seule influence de la poussée abdominale ; il faut

alors qu'il y ait inertie utérine, ou des lésions considérables de la paroi utérine : c'est la hernie directe. Tantôt la solution de continuité étant trop étroite pour permettre le passage spontané de l'intestin, il faut qu'une force étrangère (main, pince, curette) vienne le chercher et l'attirer hors de la cavité abdominale ; c'est la hernie indirecte.

Nous allons voir maintenant comment se manifestent ces hernies et les symptômes qui permettent d'en faire le diagnostic.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

La symptomatologie des accidents, que nous étudions, est souvent pour une large part celle des déchirures de l'utérus. C'est peut-être ce qui explique que jusqu'ici ces hernies n'aient pas été individualisées en temps qu'affection propre, et aient été toujours étudiées comme complications des déchirures utérines. Mais s'il est des cas où la hernie, qui est restée localisée à la cavité utérine ne se manifeste que par des symptômes très frustes et demeure un phénomène secondaire, il en est d'autres où elle revêt une allure si dramatique, qu'elle devient le phénomène capital, et retient toute l'attention.

Nous aurons donc deux ordres de symptômes à envisager : symptômes de déchirure d'abord, puisqu'ils se manifestent habituellement les premiers ; symptômes de hernie ensuite. Mais comme dans ce travail, nous avons surtout en vue l'étude des hernies, nous ne nous attarderons pas longuement à l'étude des premiers, d'autant que nous les trouvons relatés dans les nombreux travaux qui ont été faits sur la question.

Les déchirures, produites au cours des interventions intra-utérines, se manifestent par des symptômes assez

variables. Il est rare que la femme ait la sensation de cette déchirure, ou que l'accoucheur lui-même perçoive un bruit de déchirement, comme il est rapporté dans l'observation II, empruntée à la thèse de BUDIN. Plus fréquente serait la tendance au collapsus, que nous trouvons signalée deux fois : l'une par ALBERTI, l'autre par VAN RIPER. Et ce phénomène aurait d'autant plus de valeur, qu'il se produirait même chez la femme anesthésiée. JAYLE, cité par RICHET, rapporte qu'au moment de la déchirure, « une malade, bien qu'endormie, pâlit brusquement et que ses traits s'altèrent pour prendre le type péritonéal ». Ce sont là des symptômes qui se voient, mais qui restent rares et sur lesquels il ne faut pas trop compter.

Le plus souvent, c'est la douleur ou l'hémorragie, qui viennent attirer l'attention, et faire penser à l'existence d'une déchirure. La douleur certes est un symptôme de grande valeur. Encore est-il qu'il est assez infidèle et lorsqu'il existe, il ne faut pas s'empressez d'en tirer des conclusions trop hâtives. Si nous examinons les diverses observations que nous rapportons, nous voyons qu'elle fit souvent défaut, et que seuls ALBERTI, VAN RIPER et VINCENT, la mentionnent. Ces trois observations ont d'ailleurs trait au curettage et c'est surtout au cours de cette opération qu'elle revêt une certaine valeur. Encore est-il que la femme ne doit pas être anesthésiée. Au cours de la version, ou d'une application de forceps, la douleur est-elle un symptôme d'aussi grande importance ? Oui, à condition qu'elle se présente avec des caractères qui lui donnent une signification particulière :

douleur vive, subite, syncopale, puis persistante et localisée. Autrement, comment lui accorder trop de crédit ? L'accouchement normal est souvent pénible et il n'y a rien de surprenant à ce qu'une femme accuse des douleurs assez marquées à l'occasion d'une intervention. Et puis la douleur est un élément subjectif, essentiellement variable avec la pusillanimité de chacune, et dans notre première observation, nous la voyons faire défaut malgré de graves lésions.

La douleur peut donc manquer, et la déchirure va se manifester par une hémorragie. Mais là encore il faut être prudent, surtout si cette hémorragie se produit en tant que phénomène isolé. L'existence d'une hémorragie ne saurait, en effet, dans tous les cas, permettre de conclure à la déchirure, car comme le dit REBREYEND, « il y a souvent assez de raisons pour expliquer l'hémorragie, sans faire intervenir la déchirure ». Et au cours d'un curettage pour endométrite hémorragique, il serait dangereux de lui attribuer une trop grande valeur, étant donné que la curette détruit et enlève des formations richement vascularisées. L'absence d'hémorragie ne permet pas non plus d'éliminer le diagnostic de déchirure, et nous en donnons pour preuve l'observation d'ALBERTI : « La malade, malgré des lésions assez étendues, ne perdit pas une goutte de sang ». Il est rare cependant que cette hémorragie ne se produise pas et si la malade ne saigne pas à l'extérieur, elle saigne presque toujours dans son péritoine. Et dans l'observation III, nous notons « l'hémorragie externe est presque nulle, l'épanchement intrapéritonéal est au contraire notable. » Mais alors même que

cette hémorragie ne se manifeste pas à l'extérieur, les symptômes généraux qui l'accompagnent ne manquent pas d'attirer l'attention et de faire penser à une hémorragie intrapéritonéale.

Tous ces symptômes, isolés, peuvent n'avoir qu'une valeur relative. Ils prennent une toute autre signification lorsqu'ils coexistent, et surtout lorsqu'ils ont été précédés de manœuvres pénibles ou riches en incidents. Le médecin est conduit presque inévitablement à penser à la déchirure et à pratiquer le toucher intra-utérin, qui lui permettra de trancher le diagnostic.

Mais la constatation de ces seuls symptômes ne suffit pas pour diagnostiquer la hernie de l'intestin. Elle laisse supposer sa possibilité et elle doit inciter l'accoucheur à la prudence, pour qu'il n'aille pas par des manœuvres intempestives la provoquer, alors qu'elle n'avait pas de tendance spontanée à se produire. Comment la hernie est-elle donc reconnue ? Le diagnostic est souvent facile, et le médecin qui ne soupçonne même pas la déchirure, voit une anse d'intestin apparaître à la vulve. Lorsque l'utérus est débarrassé de son contenu, l'anse est facile à reconnaître et ne peut être confondue avec le cordon.

Mais l'anse intestinale ne s'extériorise pas toujours jusqu'à la vulve, et dans les observations II et III, nous la voyons s'arrêter dans le vagin ou dans l'utérus. Le diagnostic dans ces deux cas fut facile, car le fœtus avait quitté la cavité utérine et c'est à l'occasion d'une délivrance artificielle que l'accoucheur sentit les anses intestinales et fit à la fois le diagnostic de la hernie et de la déchirure. Des erreurs sont cependant possibles, et

LOWSLEY, à l'occasion d'une délivrance artificielle sentant quelque chose qui ressemblait à du placenta, voulut l'extraire et constata que c'était une anse intestinale. Pareille erreur arriva à ALBERTI et VAN RIPER au cours d'un curetage, et en croyant ramener des débris placentaires, ils eurent la surprise désagréable de reconnaître l'intestin.

Le diagnostic est beaucoup plus délicat encore lorsque la hernie se produit alors que le fœtus et la délivrance n'ont pas encore été expulsés, et nous rapportons deux observations (V et XIV) où le cordon ombilical et l'anse intestinale furent pris l'un pour l'autre. On s'étonne que des accoucheurs se soient trompés, au point de commettre cette grave erreur. Il ne faut pas cependant se méprendre sur la difficulté du diagnostic et il faut se mettre à la place de l'accoucheur dont la main qui va tenter la version, ne recueille que des sensations souvent vagues et parfois trompeuses. Et BARNES écrit à ce sujet: « On a pris une anse d'intestin grêle pour une anse du cordon ombilical. Cela a-t-on dit ne devait pas arriver. Il est facile d'être sage après coup, mais nous sommes tous dominés par les lois de l'habitude. Nous croyons que le soleil se lèvera demain parce qu'il s'est levé jusqu'ici tous les jours. L'accoucheur qui n'a jamais senti dans le vagin autre chose que le placenta et le cordon est porté instinctivement à croire que tout ce qu'il touche dans le vagin et leur ressemble quelque peu est le placenta ou le cordon.

Quelques cordons sont si épais, si charnus, ainsi que le montre un spécimen déposé au musée Saint-Georges Hospital, qu'ils peuvent induire en erreur, aussi bien la

vue que le toucher. Ils ressemblent à une anse intestinale qui a été séparée de son mésentère. De même l'intestin tirillé a perdu ses caractères de tube creux, élastique, il forme une corde épaisse, ainsi que TYLER SMITH me l'a fait voir et l'a démontré à un juge. Il ne faut pas peu de sang-froid et d'habileté pour ne pas le confondre avec une anse du cordon ». Ceci montre bien qu'il n'est pas toujours facile de reconnaître le cordon d'une anse intestinale. Aussi l'accoucheur doit-il être prudent et dans le doute s'abstenir de toute intervention mutilante.

Mais à côté de ces cas difficiles, il en est d'autres où le diagnostic ne présente pas les mêmes difficultés et où la responsabilité de l'accoucheur ne fait pas de doute. L'intestin qui pend à la vulve n'a pas toujours été traumatisé au point de ne pas conserver ses caractères anatomiques et peut être facilement différencié du cordon. Et puis l'accoucheur a toujours la ressource d'introduire sa main dans l'utérus, pour aller reconnaître si ce qu'il croit être le cordon, s'insère bien au niveau de l'orifice ombilical du fœtus. Cette précaution aurait permis d'éviter des erreurs regrettables. Malheureusement certains accoucheurs, à l'exemple de ceux que citent HERGOTT et MARTIN perdent la tête et commettent des erreurs qu'ils n'auraient pas commises s'il avaient gardé tout leur sang-froid. On ne peut s'expliquer autrement l'erreur du médecin cité par HERGOTT, qui sectionna une anse intestinale qu'il avait prise pour le cordon. Il la jeta sur le fumier et détail macabre, le chien de la maison s'en étant emparé, la famille de la malheureuse femme y reconnut

un fragment d'intestin et fit ouvrir une enquête qui devait aboutir à la condamnation du médecin.

Les lèvres du col de l'utérus fortement hypertrophiées sont quelquefois aussi la cause d'erreurs, et GÉRARD-MARCHANT cite le cas de deux médecins qui prirent ces lèvres pour une anse d'intestin. Cette confusion paraît extraordinaire. Cependant le diagnostic dans certaines circonstances est difficile, comme le prouve ce passage d'une observation citée dans la thèse de BUDIN « Au toucher vaginal, je sens le col de la matrice déchiré, mou, assez épais. Je sens des lambeaux à son orifice et entre ces lambeaux la tête du fœtus. Et il ajoute à l'occasion d'un nouveau toucher pratiqué après une application de forceps « Je rencontre entre la tête par endroits, des replis, des lambeaux, dont je ne me rends pas bien compte et à droite en particulier un corps allongé et aplati et pour moi la chose n'est pas claire ». L'autopsie montra que le col portait trois lambeaux considérables, un médian plus large, deux latéraux.

Enfin, la confusion de l'épiploon et d'une anse d'intestin est sans doute possible, dans ces cas en particulier où l'un et l'autre ont été fortement traumatisés au point de perdre leurs caractères distinctifs. Nous n'avons pas trouvé le fait relaté. L'erreur n'aurait d'ailleurs qu'une importance secondaire, puisque l'intervention dans les deux cas s'impose.

Dans toutes ces circonstances, que nous venons d'envisager, la hernie de l'intestin a pu n'être pas reconnue mais toujours elle s'est manifestée par un ensemble de symptômes qui sont venus attirer l'attention. Il n'en est

pas toujours ainsi. Les hernies qui n'ont pas dépassé la cavité utérine peuvent au début ne se signaler par aucun phénomène particulier, ou alors si elles se signalent par certains symptômes, ceux-ci ne sont pas rattachés à leur véritable cause par l'accoucheur. C'est seulement quelques jours plus tard, lorsque la malade n'a pas été emportée par une péritonite, que son attention est mise en éveil par des phénomènes d'étranglement. Ces phénomènes, survenant peu de temps après un accouchement, doivent toujours faire penser à la possibilité de l'étranglement d'une anse intestinale herniée à travers une déchirure passée inaperçue. Mais le médecin, qui n'a rien remarqué d'anormal au moment de l'accouchement, n'y pense pas et ne pratique pas le toucher vaginal ou intra-utérin. Il dirige son examen vers les orifices où siègent le plus habituellement les hernies, ou il croit à des phénomènes d'occlusion, et s'il ne fait pas appel au chirurgien, la malade succombe presque toujours. L'évolution cependant peut se faire de façon moins sombre, mais c'est au prix d'une grande infirmité que la malade échappe à la mort. Nous ne reviendrons pas sur la pathogénie de cet étranglement. Disons seulement que dans ces cas il s'agit plutôt de perforation que de déchirure, et que les faibles dimensions de la solution de continuité expliquent à la fois le peu de symptômes du début et l'étranglement plus fréquent. La rétraction de l'utérus contribue d'ailleurs à former à ce niveau un anneau de striction fortement serré, qui comprime l'intestin. Il se produit une plaque de sphacèle qui va s'éliminer et un anus artificiel s'ouvre dans le vagin, en même temps que

cessent les phénomènes d'étranglement. « Une portion du tube intestinal qui avait 3 pieds et 11 pouces raconte MAC KEEVER, se détacha par les progrès de la gangrène, et une heure après la malade rendit par le vagin une grande quantité de fèces. C'était la première évacuation depuis l'accident. Les symptômes alarmants se calmèrent et la malade acheta la santé au prix de la plus dégoûtante infirmité » Cet écoulement de matières par le vagin n'est pas la conséquence nécessaire d'un étranglement herniaire. L'instrument peut, comme le fait remarquer ORTHMANN, provoquer la hernie et perforer l'intestin. L'anus artificiel est alors concomitant de la hernie et n'en est plus la conséquence.

On le voit, il n'est pas toujours facile de rapporter les phénomènes d'étranglement à leur véritable origine, et l'accoucheur en présence des matières fécales qui s'écoulent par le vagin est souvent loin de penser à un anus artificiel consécutif à l'étranglement d'une anse intestinale à travers une déchirure de l'utérus, d'autant, nous le répétons, que les premiers accidents sont passés inaperçus. Son diagnostic s'oriente plutôt vers une déchirure de la cloison recto-vaginale, accident qui est beaucoup plus fréquent. Sans parler des renseignements fournis par l'aspect des matières, l'examen direct de la cloison au moyen du spéculum et le toucher vaginal permettent de trancher le diagnostic.

Toutes les hernies de l'intestin qui font saillie dans le vagin ou à la vulve ne se produisent pas cependant à travers une déchirure utérine. L'intestin peut quitter la cavité péritonéale à travers une solution de continuité

du cul de sac de Douglas, et ces hernies sont d'ailleurs plus fréquentes. Leur diagnostic est en général facile. Mais il est des cas, tel celui rapporté par HARDOUIN (obs. IV) où les lésions sont tellement considérables que le chirurgien peut se demander si l'intestin s'est engagé à travers une déchirure de l'utérus ou une déchirure du cul de sac vaginal postérieur. L'intervention nécessaire dans ces cas graves, permet la plupart du temps d'élucider le diagnostic. Cependant M. HARDOUIN signale dans l'observation IV « qu'il est impossible étant donné le volume de l'utérus de voir la place exacte où se fixent les deux anses intestinales ».

Tels sont les principaux symptômes qui permettent de reconnaître la déchirure de l'utérus, compliquée de hernie de l'intestin. C'est là un accident grave, qui doit toujours faire réserver le pronostic et d'autant plus que le diagnostic a été fait moins précocement et que l'opération a été pratiquée plus tardivement.

Précocité du diagnostic et de l'intervention étant les deux grands facteurs de succès, il nous reste à envisager comment le chirurgien, après avoir fait le diagnostic exact, doit se comporter en présence des lésions de l'intestin et de l'utérus. C'est ce que nous allons étudier dans le dernier chapitre.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Inédite

Service de M. le Professeur MARQUIS (Rennes)

Mme P..., 32 ans. Grossesse à terme.

Présentation du sommet en occipito-iliaque-droite-postérieure chez une multipare qui présente un ventre en obusier extrêmement marqué.

Entrée en travail le 2 mars 1927 à 10 heures du soir. Les douleurs d'abord assez vives, diminuent d'intensité pour disparaître à peu près complètement, en même temps que les contractions utérines deviennent de plus en plus irrégulières et se font de moins en moins fréquentes. (Il y a 15 heures que le travail est commencé). Le médecin pratique alors le toucher vaginal et constate une dilatation à peu près complète. Il lui semble qu'il se trouve en présence d'une droite transverse. Il décide de faire une application de forceps. La branche droite est introduite la première directement en arrière, sans aucun incident apparent : à noter seulement que la tête est haut située. Il introduit alors la branche gauche et après bien des difficultés il réussit à l'amener derrière la symphyse pubienne. Les difficultés recommencent au moment de l'articulation des deux branches du forceps, mais après plusieurs essais malheureux, il y par-

vient cependant. Il commence alors l'extraction, qui se poursuit sans incident : la tête apparaît à la vulve et se dégage peu à peu. Mais, à ce moment, il constate avec surprise qu'entre sa branche droite et la tête du fœtus, se trouve interposé un tissu mollassé qu'il croit être du placenta. Il termine l'accouchement sans autre incident et cinq minutes plus tard, il fait la délivrance en exerçant des tractions sur le cordon. Mais à peine le placenta est-il sorti, qu'il a à nouveau la désagréable surprise, à la suite d'un effort, fait par la malade, de voir sortir à travers la vulve, une anse intestinale, qui s'extériorise largement et vient atteindre la partie moyenne des cuisses. Le médecin conserve tout son calme, observe un silence prudent pour cacher aux yeux du mari et de la malade le drame qui se déroule. Il enveloppe le bassin et les cuisses dans un drap et prétextant une hémorragie, proclame la nécessité du transport dans une clinique, pour une intervention immédiate. Le Docteur MARQUIS voit l'accouchée deux heures environ après l'accident. A ce moment, on note une hémorragie assez considérable, en même temps qu'on constate l'extériorisation d'une anse grêle, qui pend entre les deux cuisses, jusqu'au tiers inférieur.

Intervention immédiate. Anesthésie à l'éther. Désinfection du champ opératoire à la teinture d'iode. Après ouverture de l'abdomen, on note une notable quantité de sang épanché dans le péritoine, et on voit immédiatement au-dessus de l'insertion vaginale postérieure du col, une déchirure, dont le grand axe est transverse, d'une longueur de 8 cm. environ, aux lèvres béantes, espacées de 2 à 3 cm. Il s'agit non d'une simple déchirure, mais d'une ablation d'une partie du tissu utérin. Nul doute que le tissu interposé entre la cuiller du forceps et la tête du fœtus et constatée par l'accoucheur, ne soit une partie de l'utérus. Il est vraisemblable que la branche du forceps a pénétré à l'intérieur du col, puis en raison de l'antéflexion considérable de l'utérus, n'a pu suivre la courbure très prononcée de la face postérieure. Elle a produit une effraction et s'est engagée

derrière la paroi postérieure de l'utérus, qu'elle a saisi en même temps que la tête.

La réparation de l'utérus semble impossible. De plus, il faut songer à la longue anse d'intestin extériorisée depuis deux heures et dont la rentrée dans l'abdomen pourrait produire de gros accidents infectieux. C'est pourquoi on décide de pratiquer une hystérectomie subtotale, c'est-à-dire légèrement au-dessous de la déchirure. On sectionne d'abord l'anse herniée au niveau de son engagement à travers la déchirure (bout afférent et bout efférent), pendant qu'un aide attire par le vagin la partie sectionnée. On pratique une suture terminale et une entéro-anastomose latéro-latérale.

Ce premier temps accompli, on fait l'hystérectomie subtotale. L'opération se fait sans difficulté. L'hémostase est assez facile. On place un drain à travers le moignon restant du col et un Mickulitz qui sort par l'abdomen. La malade est reportée dans son lit. On lui fait 20 cm³ d'huile camphrée, un litre et demi de sérum glucosé et 1 cm³ d'adrénaline.

La température, les jours suivants, oscille entre 37° 8 et 38° 5, puis elle disparaît progressivement à partir du cinquième jour. Le Mickulitz est enlevé au 10^e jour. La cicatrisation se produit lentement et la malade se lève le 26^e jour.

A remarquer que la malade ne s'est jamais doutée de sa hernie. Elle croit à une simple hémorragie et garde une égale reconnaissance à son chirurgien et à son médecin.

OBSERVATION II

Citée dans la thèse de BUDIN

Application de forceps. Déchirure de l'utérus. Hernie de l'intestin. Mort.

Femme Gallard, accouchée déjà naturellement à terme. Entrée en travail le 25 avril 1862, à deux heures du matin. Présentation ignorée. La sage-femme qui l'assistait demandait un médecin. Celui-ci rompt les membranes au moment où

la dilatation est complète et reconnaît une présentation du sommet. A deux heures de l'après-midi, la tête ne s'engageant pas, il intervient par une application de forceps. L'introduction se fait sans difficultés. Après les premières tractions, un bruit de déchirement est perçu par les assistants. On cesse les tractions et on envoie la femme à la Maternité, où elle arrive à 4 heures du soir.

L'aspect général est bon. Les contractions énergiques s'accompagnent d'efforts expulsifs. La tête est accessible ; au-dessous d'elle, on rencontre dans le vagin deux anses du cordon.

Le diamètre sacro-pubien ayant 9 cm., on termine l'accouchement par une craniotomie et une céphalotripsie. Il existait une rupture transversale assez étendue à la partie latérale gauche de l'utérus, immédiatement au-dessus de l'orifice interne. La main pénètre à travers elle, au milieu de la masse intestinale, dont quelques anses occupent la cavité utérine. Mort le 27 avril.

OBSERVATION III

(HARDOUIN)

Bulletin de la Soc. d'Obst. et gyn. de Paris. Février 1927

Application du forceps dans un utérus en état de contraction. Déchirure du segment inférieur. Hystérectomie. Guérison.

Le 22 septembre 1923, je suis appelé d'urgence à la campagne par un confrère, près d'une femme, accouchée deux heures auparavant et dont voici l'histoire :

Mme B., secondipare, a eu un premier accouchement normal sans incident. Une deuxième grossesse débute fin décembre 1922 et se poursuit dans les meilleures conditions jusqu'à terme. Le lundi 16 septembre, la malade commence à ressentir quelques douleurs vagues et irrégulières. Elle demande la sage-femme le lendemain mardi. Celle-ci reste auprès de la parturiente jusqu'au samedi, date à laquelle elle

appelle le médecin. Celui-ci me communique la note suivante :

Je constate : 1° la permanence d'un utérus dur, comme pétrifié, en état de contracture continue et non douloureuse.

2° l'issue d'un liquide amniotique mal odorant.

3° l'absence totale de tous signes pouvant permettre de croire que l'enfant était demeuré vivant.

4° la présence d'une dilatation complète avec présentation céphalique haute, à peine accessible.

5° Etat de fatigue extrême de la malade avec pouls accéléré. La rupture de la poche des eaux datait déjà depuis 46 heures. Je décidai d'intervenir avec l'aide d'un confrère appelé comme anesthésiste. La malade étant endormie, j'éprouvai une difficulté extrême à introduire la main entre la partie fœtale et la paroi utérine demeurée tétanisée, malgré le sommeil à l'éther. Le forceps Tarnier fut cependant placé et articulé. Rien d'anormal ne se manifeste au cours des tractions. Un enfant mort fut extrait, dont le décès semblait remonter de toute évidence à 2 ou 3 jours. Aussitôt après et profitant de l'anesthésie, je procédai à une délivrance artificielle. Cette délivrance, une fois terminée et en procédant à un nettoyage de la cavité utérine, je perçus la présence d'une brèche intéressant le segment inférieur de l'utérus. Par cette brèche, il était facile de sentir les anses intestinales. »

Je vois la malade deux heures après. L'aspect angoissé et la pâleur de la face, la fréquence et la petitesse du pouls, tout chez cette femme donnait l'impression d'une terminaison fatale à brève échéance. Un examen rapide démontre la présence d'anses intestinales dans le vagin. L'hémorragie externe est actuellement presque nulle ; l'épanchement intrapéritonéal paraît au contraire notable.

J'interviens de suite, dans l'unique pièce de la ferme. Laparatomie médiane sous-ombilicale. L'ouverture du péritoine laisse échapper une certaine quantité de sang, difficile à évaluer, mais pas extrêmement abondante. L'utérus, attiré facilement au dehors, montre sur le segment inférieur une

brèche irrégulière, occupant à peu près le 1/3 inférieur de l'organe.

Je pratique le plus rapidement possible, une hystérectomie subtotale, et je péritonise avec soin le moignon du col restant.

Suture de la paroi en laissant un gros drain intra-péritonéal. La malade a bien supporté l'opération, mais reste déprimée avec pouls à 125. Injections de sérum artificiel et huile camphrée. Très rapidement, l'état général se relève et bientôt la malade sort de l'état de shock où elle était plongée.

Les suites opératoires ont été des plus simples, et la malade a guéri sans autres complications.

OBSERVATION IV

(HARDOUIN)

Bulletin de la Soc. d'Obst. et Gynec., février. 1927

Déchirure du segment inférieur de l'utérus, du cul de sac vaginal, du rectum, du périnée, avec arrachement de l'intestin grêle, consécutives à de multiples applications de forceps.

Le 9 février 1925, entre d'urgence, dans mon service à l'Hôtel-Dieu de Rennes, une jeune femme âgée de 23 ans, dont l'histoire est la suivante :

L'année précédente, le 5 février 1924 elle est accouchée d'un premier enfant à l'aide d'une application de forceps. Il se produisit une déchirure du périnée ayant nécessité 2 ou 3 points de suture. Une nouvelle grossesse débute à la fin du mois d'avril suivant. Elle se poursuit sans incidents notables jusqu'à terme. Entrée en travail le 3 février, et l'accouchement traînant en longueur, elle subit le 4 ou matin, 3 ou 4 applications de forceps sans résultat. La tête restant toujours très élevée, le médecin traitant revient le soir avec un confrère, et ils pratiquent, à eux deux, 12 nouvelles applications de forceps, à la suite desquelles ils peuvent enfin

extraire après chloroformisation, un enfant mort. Le jour même ou le lendemain, la malade qui a saigné abondamment, s'aperçoit que les matières fécales lui sortent par le vagin. C'est seulement 5 jours après son accouchement, c'est-à-dire le 9 février, qu'elle est conduite à l'hôpital, où je la vois peu de temps après son entrée. En découvrant le malade, je constate de suite, que le lit est souillé de déjections liquides, d'origine intestinales sortant par le vagin. En outre, pendant entre les grandes lèvres je vois une sorte de corde noirâtre, mal odorante, des dimensions du petit doigt, formant une anse de 60 à 70 cm. de long. Cette corde tient dans le vagin, et une légère traction exercée sur elle, provoque des douleurs assez vives. Ce n'est qu'à grand peine, que je reconnais dans cette lanière informe une longue anse d'intestin grêle sphacélée et complètement désinsérée de son mésentère. Je la sectionne au niveau de la vulve. L'examen direct de la région du périnée et du vagin, par l'inspection et le toucher me met en présence de lésions extrêmement étendues. Le périnée, l'anus et la cloison recto-vaginale sont largement déchirés, sans que le doigt puisse absolument fixer en haut les limites de la lésion car au bout de 5 jours, il s'est produit une fermeture spontanée du péritoine, que je ne veux pas rompre par une investigation trop prolongée. Il existe dans la profondeur un clapier irrégulier, au niveau duquel se trouvent mélangés, le sang, le pus et les matières fécales. Le col utérin, immobilisé, plonge dans ce mélange infect. L'utérus a conservé les dimensions de plus des deux poings ; il est légèrement dévié à droite et remonte à mi-chemin de l'ombilic. Il est immobile, mais peu ou pas douloureux au toucher et ne paraît pas infecté.

La malade est pâle, très fatiguée, le pouls est petit, rapide, aux environs de 120. La température ne dépasse pas 38°. Il y a peu de signes d'infection générale, pas de signes de péritonite.

En résumé, l'examen me conduit à conclure au point de vue anatomique à une déchirure plus ou moins étendue du segment inférieur de l'utérus à gauche et en arrière, compli-

quée de déchirure du cul-de-sac vaginal postérieur, de la cloison recto-vaginale et du sphincter avec issue au dehors d'environ 1 mètre d'intestin grêle sphacelé ayant déterminé un anus contre nature ouvert au fond du vagin.

Malgré la chance qu'a eue cette malheureuse femme de ne pas succomber immédiatement à une hémorragie grave, ou rapidement à des phénomènes infectieux, trop faciles à comprendre, son état n'en reste pas moins extrêmement alarmant par suite de l'état de dénutrition rapide dans lequel la place l'anus de l'intestin grêle. Dans l'état actuel il ne me paraît pas possible de tenter de suite une intervention forcément grave et j'essaie d'abord de remonter le mieux possible la malade par injection de sérum et d'huile camphrée, et nettoyages fréquents du cloaque recto-vaginal.

Le poulx se relève un peu, mais nous ne pouvons pas grand chose contre la dénutrition de la malade. Cependant le 21 février, 11 jours après son entrée dans le service, je me décide à intervenir.

Opération. Laparatomie médiane. A l'ouverture du ventre, on constate tout d'abord que l'épiploon glisse derrière l'utérus encore très volumineux et adhère en arrière dans la profondeur du bassin. Je le dégage peu à peu et je vois deux anses grêles plongeant dans le cul de sac de Douglas. L'une de ces anses est de dimensions sensiblement normales : c'est l'anse descendante ; l'autre ascendante est au contraire absolument réduite et n'atteint pas la grosseur du petit doigt. Il est impossible étant donné le volume de l'utérus, de voir la place exacte où se fixent ces deux anses, placées l'une contre l'autre en canon de fusil. Une traction un peu forte les fait céder de leur point d'implantation et l'on constate à leur point de jonction une large ouverture en ectropion de l'intestin, déterminant l'anus contre nature ouvert dans le vagin. La portion du mésentère, au niveau de laquelle a eu lieu l'arrachement de l'intestin est nettement visible.

Je pratique une résection large de l'anse fortement altérée, sur une longueur de 50 cm. environ, puis une entéro-anastomose, quelque peu gêné par la différence de calibre des deux

portions du conduit intestinal. Drainage par le Douglas et le vagin.

Je termine rapidement par un anus contre nature sur l'S iliaque ayant pour but d'isoler le vagin et le périnée dilacérés de tout contact des matières fécales.

La malade est reportée dans son lit dans un état alarmant. Cependant sous l'influence d'un traitement approprié, elle se relève peu à peu de son état de shock et pendant quelques jours, j'ai pu espérer la voir surmonter son état de déchéance grave. L'anus contre nature a commencé à fonctionner le 3^e jour. Malgré tout, après une amélioration passagère, la malade a succombé le 8^e jour.

Je signale en terminant qu'une injection sous-cutanée de sérum adrénaliné, a amené au niveau des 2 cuisses, un sphacèle étendu qui dans une certaine mesure a pu contribuer au dénouement fatal.

OBSERVATION V

Communiquée par le Professeur HERGOTT

Thèse de BUDIN. — Lésions traumatiques de la femme dans les accouchements artificiels. Paris 1878

Ruptures de l'utérus à la suite de tentatives de version. — Procidence d'une anse intestinale considérable, amputée par un officier de santé. — Poursuites. — Connaissance des faits comme expert médico-légal.

En 1857, je fus nommé avec les professeurs S^t. et T., expert dans une affaire d'homicide par imprudence à l'occasion du fait suivant. Le nommé X... officier de santé dans le voisinage de R... (Haut-Rhin), arrondissement d'Altkirch, avait été appelé chez une femme en travail. A son arrivée, il trouva une procidence du bras et crut devoir pratiquer la version, l'opération fut très difficile et pendant qu'il avait la main dans les parties génitales, il sentit quelque chose qui lui parut être le cordon. Il retira la main sans avoir pu atteindre les pieds, et pensant qu'il aurait plus de facilité

pour terminer l'opération, s'il n'était pas gêné par cette anse qui lui paraissait très grosse, il l'attira ; il affirma n'avoir exercé aucune violence, pour amener au dehors ce qu'il croyait être le cordon, et que celui-ci arrivait sous l'influence de la moindre traction. Il attira ainsi une anse intestinale détachée du mésentère, d'une longueur de plus d'un mètre. Ne sachant que faire, perdant la tête, dit-il, il la coupa et n'insista plus pour terminer l'accouchement, car la femme était mourante. Il jeta l'anse sur le fumier derrière la maison, en rentrant chez lui. La femme succomba peu après et fut enterrée le lendemain, sans avoir été délivrée. L'action en serait restée là, si le chien de la maison, s'emparant de cette anse sur le fumier, n'avait donné l'éveil sur ce qui s'était passé. En effet cette portion d'intestin, bien reconnue comme telle, ne pouvait provenir que de l'accouchement de cette malheureuse femme, morte si peu de temps après l'accouchement. Aucun animal domestique n'avait été tué dans le voisinage, et le médecin avait enlevé quelque chose, qui était sorti du corps de la femme. Le mari avertit la gendarmerie et le surlendemain on fit exhumer le cadavre. A l'autopsie, on constata qu'une anse intestinale avait été enlevée et que la matrice avait été déchirée. C'est quand l'affaire, qui fut suivie d'une condamnation en première instance, vint en appel, que fut nommée la commission ci-dessus et que comme expert, j'eus connaissance de ces faits.

OBSERVATION VI

LOWSLEY

In obstetr. Journal of Great Britain, t. III, p. 166

Déchirure de l'utérus avec chute de l'intestin. — Guérison complète.

Le 11 novembre 1873, à 9 heures du soir, j'assistais dans son cinquième accouchement Mme F..., âgée de 28 ans. Les douleurs revenaient régulièrement toutes les cinq ou six minutes. Au toucher je trouvai l'orifice utérin très élevé,

mais suffisamment dilaté pour admettre deux doigts. A dix heures, l'orifice était bien dilaté, un pied et une main se présentaient. A l'aide de légères manœuvres, je réussis à refouler la main et à amener le pied. Je laissai alors le travail marcher naturellement et à 10 h. 40 naissait un enfant du sexe masculin. Après avoir attendu 15 minutes, j'essayai d'extraire le placenta; n'y réussissant pas, je fis quelques tractions mais sans succès. J'attendis encore quelques minutes, j'introduisis ma main jusqu'au niveau de l'insertion du cordon. Je fis de douces tractions, mais le cordon qui était très gélatineux céda. Obligé alors d'introduire une main dans la cavité utérine, je sentis quelque chose qui ressemblait à du placenta, je l'amenai et à ma grande surprise, je constatai que c'était une anse intestinale, que je réduisis immédiatement. Un confrère fut appelé, qui fit l'extraction du placenta, et la malade fut en danger pendant quelque temps, mais elle guérit complètement.

OBSERVATION VII

MAC KEEVER.

in bibliothèque médicale t. LXXX, p. 403

On fut obligé, à cause de la mauvaise conformation du bassin de percer le crâne du fœtus, et la malade après avoir beaucoup souffert, semblait être fort bien, lorsqu'il sortit tout à coup de la vulve, un corps de 6 pouces de long environ, lisse, poli, brillant que l'on prit pour une portion du placenta qui aurait pu être restée. Constipation obstinée. On essaya au troisième jour de tirer ce corps puisqu'il ne se détachait pas de lui-même, mais l'on fut obligé d'y renoncer par les douleurs intolérables que l'on faisait endurer à la malade. Lorsque le docteur MAC-KEEVER arriva, en ouvrant le lit, au lieu de trouver une portion de placenta comme on le lui avait annoncé, il vit sous la malade une portion d'intestin, longue à peu près d'une aune et demie, noire, exhalant une odeur infecte et percée de déchirures dans lesquelles on

pouvait facilement introduire le doigt. Au cinquième jour, cette portion du tube intestinal qui avait 3 pieds et 11 pouces se détacha par les progrès de la gangrène, et une heure après la malade rendit pas le vagin une grande quantité de fèces ; c'était la première évacuation depuis l'accident.

Un mois après, elle rendit encore une autre portion d'intestin longue de 9 pouces environ, et dès ce moment tous les symptômes alarmants se calmèrent, et la malade acheta la santé au prix de la plus dégoûtante infirmité.

OBSERVATION VIII

ALBERTI

Central Für. gyn., 29 sept. 1894

Perforation de l'utérus au cours du curettage. — Issue de l'intestin à travers la perforation. — Laparatomie. — Guérison.

Multipare de 32 ans. Règles en retard de quelques jours, elle est prise d'une hémorragie qui dure un mois. Le médecin à ce moment constate une anémie profonde, de la fièvre, un gros utérus, un col ferme, renfermant des débris fétides. Il propose un curettage. Après un lavage avec une solution de lysol au 1/1000, il introduit lentement une curette de Roux, jusqu'au fond de l'utérus, fait deux grattages prudents. Il introduit ensuite deux pinces à polypes pour extraire les tissus détachés et il ramène avec sa pince une anse grêle. Il ne sort pas une goutte de sang. La malade se plaint et se trouve mal. Le médecin sans essayer de réduire l'intestin, tamponne le vagin tout autour de l'intestin, avec de la gaze iodoformée et transporte la femme à l'hôpital.

Trois heures après, l'auteur l'examine. La femme est pâle, affaiblie, la peau est chaude, le pouls à 132, le ventre est gros, sensible au-dessus de la symphyse. On enlève les tampons et on trouve dans le vagin une anse grêle, rouge, violacée. Laparatomie. L'anse avait pénétré à travers une

déchirure de 4 cm. qui siégeait sur le bord droit de l'utérus. Elle était fixée au niveau de l'orifice interne et il fut impossible de l'en détacher. On introduisit alors un doigt de bas en haut dans le vagin, jusqu'à rencontre des deux doigts. Puis on fit deux incisions au niveau de l'orifice interne, mais l'intestin ne se réduisait toujours pas. On ne put l'attirer qu'après avoir vidé l'intestin des gaz qu'il renfermait, en pressant de bas en haut par le vagin. On constata alors sur l'intestin deux sillons bleuâtres; brillants à la surface, séparés par une distance de 17 cm. Le mésentère présentait une large déchirure produite par la pince.

La déchirure de l'utérus, peu augmenté de volume, avait 3 cm. de long, était dirigée de haut en bas, le long du bord droit jusqu'au niveau de l'orifice interne. Pas la moindre goutte de sang. Le muscle utérin était flasque et mou, d'une apparence cireuse et si mince, qu'en faisant la suture simple, les fils le coupaient. On fit alors quatre sutures de LAMBERT et on recouvrit la cicatrice avec une partie du ligament large droit. Pendant les sutures, deux débris placentaires, gros comme des pois s'échappent. Pour cette raison, on introduit de nouveau la curette de Roux, pendant qu'on maintenait le fond de l'utérus. Malgré la prudence, avec laquelle on agissait, la main qui tenait l'utérus avait l'impression qu'une perforation nouvelle allait se produire, tant la paroi était mince et molle. On ramena ainsi quelques débris fétides. Pas la moindre contraction utérine. Les suites de la laparatomie furent normales et, au bout de quatre jours, il y eut une selle à la suite de l'administration de lavement. Quatre semaines après, nouvelle hémorragie abondante. On fit un curettage et on retira des morceaux de muqueuse utérine.

On fit encore trois injections de teinture d'iode. Après quoi la régression utérine se fit et les règles revinrent régulièrement.

L'auteur insiste sur l'extrême minceur de la paroi utérine chez cette femme. Ce n'était plus qu'une membrane molle. Dans le cas de grossesse normale, le segment inférieur est normalement mou et mince, mais cette disposition est plus

rare dans l'avortement. Il importe aussi de noter l'absence complète d'hémorragie au moment de la rupture.

OBSERVATION IX

VAN RIPER

Med. News, 22 août 1896

Perforation de l'utérus au cours du curettage. — Étranglement de l'intestin à travers la perforation. — Hystérectomie. — Guérison.

Femme de 30 ans, ayant eu un an auparavant son dernier enfant. Aucun signe de grossesse tubaire. Légère perte de sang le mois précédent. Le médecin diagnostique un polype et fait le curettage. Anesthésie à l'éther. La sonde qu'il enfonce tout d'abord entre à une profondeur de 6 pouces. L'auteur pense alors qu'il a cathétérisé un utérus gravide et veut enlever le prétendu fœtus. A l'aide du dilatateur de Joodel, il dilate le col avec hémorragie considérable. Puis avec une pince à faux germe, il sent qu'il accroche quelque chose et essaie de l'enlever. Ce qu'il ramène est une anse intestinale. La malade est alors portée à l'hôpital, où l'auteur la trouve dans un collapsus extrême.

Température élevée, pouls 140, petit, dépressible. Respiration 40. Ventre météorisé, tympanique à la percussion. Extrémités froides, tout indique que la perte de sang a été considérable. Laparatomie. Grande quantité de sang liquide et coagulé dans l'abdomen. Lavage au sérum artificiel. On trouve alors que l'utérus porte en avant, depuis le fond jusqu'à l'insertion du vagin, une plaie en forme de fente verticale. A la partie inférieure, la vessie est détachée de l'utérus. En outre le fond présente près de la corne droite, une perforation par laquelle s'engage l'intestin déchiré. L'anse qui a pénétré par cette plaie, s'est étranglée sur le pont de tissu séparant les deux plaies. Il est évident que la perforation a été produite par la sonde, la fente par le dilatateur. Il est nécessaire dans un temps préliminaire, d'inciser entre les

deux plaies, le tissu utérin. On fit ensuite l'hystérectomie totale, puis la résection de l'anse intestinale déchirée et l'anastomose bout à bout. On enleva en tout 28 pouces de jejunum. Tout se borna à un peu de cystite. La malade se rétablit vite et fut revue 11 mois plus tard en parfait état.

OBSERVATION X

VINCENT

Soc. nat. de Médecine de Lyon, 6 juillet 1896

Perforation de l'utérus au cours de manœuvres abortives. — Engagement et étranglement de l'intestin grêle au travers de la perforation. — Péritonite. — Laparatomie. — Entérostomie iléocœcale. — Suture de l'utérus. — Hystérectomie. — Mort.

Une femme mariée, 34 ans, se présente à la consultation de la Charité en disant qu'elle a fait une fausse-couche et qu'elle n'est pas délivrée. Elle a perdu beaucoup de sang, et elle souffre. Elle a eu des vomissements. On ne peut obtenir d'elle aucun autre renseignement. Le premier examen fait constater que le col est assez serré. L'hystéromètre pénètre profondément, la pince de Reverdin aussi. L'irrigation ne ramène pas beaucoup de débris. On fait le tamponnement à la gaze iodoformée pour dilater le col et provoquer le détachement de placenta qu'on dit inclus. Le lendemain, le tamponnement est enlevé et l'on se met en œuvre de procéder à l'ablation de l'arrière-faix que la femme dit n'être pas sorti. La pince ramène un segment tubulaire de 30 à 40 cm., qu'on reconnaît être une partie de l'intestin grêle, qui s'est engagée au travers d'une perforation de l'utérus. La laparatomie s'imposant, on prépare la malade pour cette opération qui est pratiquée le lendemain. Recherche des deux bouts de l'intestin, qui ne fait trouver que le bout inférieur. Entéro-anastomose latérale du segment de l'intestin grêle et du cœcum. Suture de la perforation de l'utérus et hystéropexie. La femme succomba des suites de sa péritonite, dix-huit

heures après cette opération. Avait-on fait en ville un curettage violent ? A-t-on perforé l'utérus avec une tige résistante ? C'est fort probable, mais on ne peut formuler ici que des hypothèses, la malheureuse femme ayant voulu emporter son secret dans la tombe.

OBSERVATION XI

VEIT (résumée)

Soc. Obst. et Gyn. de Berlin, 1894. Citée par DUMONT
Arch. de tocologie, mars 1895

*Perforation suivant le curettage. Issue de l'intestin.
Hystérectomie. Mort.*

Avortement. Rétention placentaire. Un médecin fait trois tentatives de curage digital. Il introduit enfin une grande pince dans le but de saisir des fragments placentaires. Avec cette pince, il perce l'utérus et amène une anse intestinale. Quelques heures après, l'auteur pratique la réduction de l'anse herniée, puis l'hystérectomie vaginale. Cette intervention n'empêche pas le développement d'une péritonite septique, qui emporte la malade dans les 48 heures.

OBSERVATION XII

ORTHMANN (résumée)

Soc. Obst. et Gyn. de Berlin, 1894, citée par DUMONT
Arch. de tocologie, 1895

Perforation utérine au cours d'un curettage. Arrachement de l'intestin consécutif. Hystérectomie abdominale. Résection intestinale et suture. Guérison.

Avortement à trois mois, suivi d'hémorragies rebelles. Curettage. Une pince introduite pour ramener les débris placentaires, ramène une anse intestinale perforée et arrachée de son méésentère. Laparatomie. L'anse présentait une adhé-

rence étendue et ancienne à l'utérus, d'où la perforation simultanée des deux organes. Hystérectomie abdominale. Résection intestinale. Suture. Guérison.

OBSERVATION XIII

OLSHAUSEN (résumée)

Soc. Obst. et Gyn. de Berlin, 1895, citée par DUMONT
Arch. de toxicologie, mars 1895

Perforation. Issue de l'intestin. Laparatomie. Mort.

Avortement. Rétention placentaire. Curettage. On ramène une anse d'intestin avec la pince. Laparatomie. Résection de 30 cm. d'intestin. On laisse l'utérus. Mort de péritonite septique.

OBSERVATION XIV

MARTIN (résumée)

Soc. Obst. et Gyn., Berlin, 1894, citée par DUMONT
Arch. de toxicologie, 1895

Perforation. Arrachement de l'intestin. Mort rapide.

Avortement. Rétention placentaire. Curettage. La pince ramène 75 cm. d'intestin. À ce moment, le malheureux opérateur perd la tête, arrache l'intestin de son méésentère et le coupe en disant aux assistants que c'est le cordon. Il court chercher MARTIN, mais avant son arrivée, la femme est morte de collapsus.

OBSERVATION XV

MANN (résumée)

Améric. Journ. of obstetrics, XXXI n° 5

Avortement. Curettage. Perforation avec procidence de l'intestin. Laparatomie. On est contraint, vu les lésions du

tube intestinal, de réséquer un segment de cœcum et d'intestin grêle. On pratique une anastomose termino-latérale de l'intestin grêle avec le gros intestin au bouton de Murphy. Guérison.

L'auteur rapporte encore, sans commentaire, un cas semblable avec guérison.

OBSERVATION XVI

MANN (résumée).

Americ. Journal of obstetrics, XXXI, n° 5

Avortement. Curettage. Procidence de l'intestin. Laparatomie. Vu la lésion du tube intestinal, résection d'un segment d'intestin. Mort.

TRAITEMENT

Des accidents exposés dans notre thèse doit se dégager une mauvaise impression vis-à-vis des interventions, et certains seraient peut-être tentés d'y voir une contre-indication. Loin de nous cette pensée ! Ces accidents restent très rares et ne sauraient faire oublier les services que rendent chaque jour le forceps, la version ou la curette. Il serait injuste de mettre sur le compte de ces interventions tous les accidents qui se sont produits. Dans maintes circonstances, l'accoucheur doit endosser sa large part de responsabilité. Un vieil accoucheur de Normandie, DE LA MOTTE, écrivait en 1769, dans son traité des accouchements : « Un chirurgien qui veut accoucher sans sçavoir comment il faut s'y prendre, ne fait que trop briller son ignorance. Là honte de laisser son ouvrage imparfait, s'empare de son esprit. Après quoi, le désespoir le fait pousser la mauvaise manœuvre jusqu'à l'emportement et la rage, de sorte qu'il aime mieux sacrifier une femme et son enfant à son désespoir, qu'il d'avouer son ignorance en demandant du secours, comme quelques-uns l'ont fait et en sont très louables. Il ne faut pas croire que les honnêtes gens aient la témérité pour

principe. Tout le monde ne peut pas être également adroit et expérimenté sur de certaines choses, le Seigneur donne des grâces aux uns et d'autres aux autres, dont chacun doit être content ; outre que pour obtenir ces dons et ces grâces, il faut dans l'ordre naturel les avoir méritées par son application et son travail. *Dû laboribus omnia vendunt.* »

Ces paroles conservent toute leur valeur. L'accoucheur ne doit pécher ni par ignorance, ni par manque de sang-froid, car l'un et l'autre peuvent avoir les pires conséquences. « Il ne doit pas oublier, comme l'a dit BUDIN, qu'il a deux existences entre les mains, la mère et l'enfant. » Sans doute même entre des mains habiles et expérimentées, ces interventions ont pu causer de grosses lésions. Mais elles étaient faites dans des conditions particulièrement difficiles, où la déchirure était presque inévitable, tant l'utérus était fragile (ALBERTI). Il n'en reste pas moins que dans certains cas, il y eut faute de l'accoucheur et sa responsabilité dans plusieurs de nos observations ne fait aucun doute, notamment dans l'observation IV, empruntée à M. HARDOUIN. Sans discuter les indications du forceps, dont l'application se faisait sur une tête très élevée, nous croyons que l'accoucheur, dans ce cas particulier, s'est surtout laissé guider dans le choix de cette intervention « sur ce seul fait que le travail traînait en longueur, mais sans se préoccuper de la cause véritable de la dystocie. La malheureuse femme dut subir en deux jours seize applications de forceps, qui devaient entraîner pour elle des lésions très graves et aboutir à l'expulsion d'un enfant mort. A combien remontait cette

mort⁹ L'observation reste muette à ce sujet, et c'est regrettable. Il est permis, en effet, de se demander si une basiotripsie n'avait pas davantage ses indications que le forceps et n'eût évité à la femme ces lésions qui devaient amener sa mort.

La responsabilité de l'accoucheur n'est pas toujours aussi évidente. Mais nous pensons qu'elle est encore en cause, lorsqu'il ne s'est pas entouré des précautions nécessaires dans le choix de son intervention. Certains accoucheurs examinent, en effet, la femme qu'ils doivent accoucher, d'une façon sommaire, et cet examen rapide les conduit à un diagnostic sinon inexact, tout au moins incomplet. Et si le travail traîne en longueur, sans en rechercher la cause véritable, ils tentent des interventions dont l'indication était discutable. Dans le cas que nous rapportons, nous voulons croire que le médecin avait fait un examen sérieux. Mais nous émettons des doutes sur l'utilité d'une application de forceps. Cette application, se faisant sur une tête très élevée et par conséquent vraisemblablement mobile, risquait d'être mauvaise. D'ailleurs, à ce premier danger, venait s'ajouter cet autre provoqué par l'antéversion. Aussi nous croyons que dans ce cas particulier, la version podalique, pratiquée en position latérale, avait davantage ses indications que le forceps et aurait pu éviter la déchirure et la hernie.

En définitive, si dans quelques cas malheureux il y a eu incompétence ou manque de sang-froid, nous pensons que dans la majorité des cas, c'est dans l'insuffisance du diagnostic, conséquence d'un examen incomplet, qu'il faut chercher l'explication de ces accidents. Aussi l'accou-

cheur doit toujours procéder à un examen minutieux de sa cliente, de façon à établir un diagnostic exact. C'est là le meilleur moyen d'éviter bien des accidents et de ne pas se méprendre sur le choix d'une intervention si elle devient nécessaire. Et lorsque cette intervention est décidée, il doit agir rapidement et avec calme. Il doit surtout avoir présentes à l'esprit les conditions où il opère et manœuvrer avec une grande prudence aux temps les plus dangereux de ces différentes interventions.

La prudence, nous la conseillons encore au cours du curettage. Cette opération, qui a la réputation d'être bénigne, peut se compliquer, nous l'avons vu, de graves lésions. Ces accidents auraient sans doute pu être évités, si l'opérateur avait voulu considérer le curettage comme une véritable opération et s'astreindre à en accomplir méthodiquement tous les temps. Cette intervention se fait d'ailleurs sur des utérus pathologiques, qui présentent des débris placentaires et des lésions de métrite. Et ces lésions, en modifiant leur constitution histologique, diminuent la résistance de leur paroi. « Malgré la prudence avec laquelle on agissait, raconte ALBERTI, la main qui tenait l'utérus avait l'impression qu'une perforation nouvelle allait se produire tant la paroi était mince et molle. »

Il faut donc se méfier de ces utérus malades et faire un curettage prudent et bien réglé. « Si une manœuvre imprudente dans un utérus sain, a dit REBREYEND, peut ne pas avoir de conséquences fâcheuses, une faute même légère peut en avoir de graves sur un utérus malade, »

Mais certains utérus présentent des prédispositions telles à la déchirure, que ces précautions ne permettent pas dans tous les cas de l'éviter. Autrefois l'expectation fut à l'ordre du jour, non seulement dans les déchirures simples, mais aussi dans celles compliquées de hernies. Certains accoucheurs, à l'exemple de LOWSLEY, se contentaient de replacer dans la cavité abdominale l'anse herniée et de faire le tamponnement de l'utérus. Et BUDIN, qui cite ce cas, ajoute : « la femme peut guérir sans qu'il survienne de complications. » Cette méthode pouvait sans doute se défendre à une époque où on ne connaissait pas l'asepsie et où selon la phrase de DENMANN, « la malade avait plus de chances de guérir en l'abandonnant aux seuls efforts de la nature que par une intervention ou une opération. » Aujourd'hui, l'accoucheur ne saurait adopter pareille thérapeutique et doit sans tarder faire appel au concours du chirurgien. Autrement il s'expose aux pires désastres. Sans doute a-t-on cité des cas, tel celui de LOWSLEY, où la seule réduction de l'anse herniée avait amené la guérison. Mais ce sont certainement des cas isolés et parmi ceux que nous avons relevé et qui ont été traités de cette façon, c'est le seul qui se soit terminé heureusement. Nous ne saurions, en effet, parler de guérison, chez cette malade de MAC KEEVER, qui après avoir présenté des phénomènes d'étranglement, échappa à la mort par la formation d'un anus artificiel et « Guérit, rapporte l'observation, au prix de la plus dégoûtante infirmité. »

L'abstention doit donc être condamnée, et l'intervention chirurgicale immédiatement décidée. Reste à savoir, à

quelle intervention le chirurgien va avoir recours et celle qui doit lui donner le plus de chances de succès.

Si nous examinons les différentes méthodes de traitement instituées, dans les cas que nous rapportons, la réponse ne manque pas d'être embarrassante, tant elles ont été variées. Il est bien certain que le chirurgien, dans ces différents cas, s'est surtout guidé pour le choix de l'intervention sur la nature même des lésions et les circonstances où elles s'étaient produites. Mais comme interventions et résultats ont été assez variables, ne pourrait-on pas tirer de leur étude des enseignements, qui montrent que l'une d'entre elles offre plus de garanties de succès et doive être considérée comme l'opération de choix. La comparaison n'est pas facile, on le conçoit. Elle le serait beaucoup plus si nous n'avions qu'à comparer les résultats fournis par la seule hystérectomie abdominale ou la seule hystérectomie vaginale. Mais à côté des lésions de l'utérus, il y a la hernie de l'intestin, dont il faut tenir compte. En sorte que l'hystérectomie a pu être accompagnée de résection, alors que dans d'autres interventions on s'est seulement contenté de réduire l'anse extériorisée. Enfin, dans d'autres circonstances, le chirurgien s'est montré essentiellement conservateur et n'a eu recours ni à l'hystérectomie ni à la résection. Aussi nous avons pensé qu'il n'était pas inutile de dresser le relevé des opérations qui avaient été pratiquées dans les cas que nous citons, et d'examiner quelle était celle qui avait donné les meilleurs résultats.

Pas d'intervention chirurgicale.

Obs. II, citée par BUDIN (forceps)	Mort
Obs. V, HERGOTT (version)	Mort
Obs. VI, LOWSLEY (version), réduction de l'anse herniée	Guérison
Obs. VII, MAC-KEEVER (craniotomie), étranglement de l'anse herniée, puis formation d'un anus artificiel	Guérison avec infirmité
Obs. XIV, MARTIN.	Mort

Laparatomie.

a) totalement conservatrice.

Obs. VIII, ALBERTI (curettage), ni résection, ni hystérectomie	Guérison
--	----------

b) demi-conservatrice.

Obs. X, VINCENT (curettage)	} résection sans hystérectomie	Mort
Obs. XIII, OLSHAUSEN (curettage)		Mort
Obs. XV, MANN (curettage)		Guérison
Obs. XV, MANN (curettage) (sans commentaires)		Guérison
Obs. XVI, MANN (curettage)		Mort
Obs. IV, HARDOUIN (forceps, conditions spéciales, intervention tardive)		Mort

Hystérectomie abdominale.

Obs. I (personnelle) (forceps)	} combinée à la résection sans résection	Guérison
Obs. IX, VAN RIPER (curettage)		Guérison
Obs. XII, ORTHMANN (curettage)		Guérison
Obs. III, HARDOUIN (forceps)		Guérison

Hystérectomie vaginale.

Obs. XI, VEIT (curettage), combinée à la réduction de l'anse herniée	Mort
--	------

De l'étude de ce tableau, il résulte nettement, comme nous l'avons dit plus haut, que l'abstention ne saurait être permise et engagerait gravement la responsabilité de l'accoucheur. Tous les cas cités, au nombre de cinq, se sont terminés, à part celui de LOWSLEY, par la mort ou par la création d'un anus artificiel. Quelle intervention va donc choisir le chirurgien ? Si l'on en juge par l'exposé des opérations pratiquées, il n'a que l'embarras du choix. Va-t-il tenter une laparatomie qui pourra être conservatrice, ou bien qui sera le premier temps d'une résection intestinale ou d'une hystérectomie abdominale ou alors la combinaison des deux ? Ou bien va-t-il pratiquer l'hystérectomie vaginale avec ou sans résection ?

De toutes les opérations auxquelles le chirurgien a eu recours dans les cas que nous rapportons, cette dernière a été des plus rares, puisque nous ne la trouvons signalée qu'une seule fois. Encore fut-elle suivie de mort ! Ce résultat malheureux et sa rare indication ne plaident pas en sa faveur. Mais nous ne pouvons nous faire une opinion sur un seul cas. Et puis au cours de cette seule intervention, on se contenta de réduire l'intestin et c'est peut-être dans cette réintégration d'une anse qui portait avec elle des germes septiques, qu'il faut voir l'origine de la péritonite qui devait emporter la malade dans les quarante-huit heures. Il fut un temps cependant où cette opération jouissait d'une grande estime et était très en honneur, parce que très rapide. LENOIR, dans sa thèse « sur les perforations de l'utérus », s'en montre un ardent défenseur et la préconise vivement. Il est vrai qu'il n'envisage que la question perforation et non le cas de

déchirure compliquée de hernie. Sans fonder notre opinion sur le seul cas malheureux, rapporté par VEIT, nous ne pensons pas que c'est à l'hystérectomie vaginale que le chirurgien doit s'adresser. C'est une opération rapide sans aucun doute, mais comme l'a fait remarquer REBREYEND, aveugle et qui ne permet pas de se rendre un compte exact des lésions de l'intestin. Le forceps ou la curette qui a produit la déchirure et la hernie, a pu, au cours de son incursion dans l'abdomen, léser une autre anse intestinale, mais sans la hernier et l'opérateur n'a aucun moyen de contrôle sur cette anse. A cette difficulté du contrôle des lésions, viennent d'ailleurs s'ajouter les inconvénients et les dangers d'une résection intestinale faite à la vulve. Le chirurgien se trouve dans des conditions difficiles pour pratiquer l'entéro-anastomose, et il est obligé, pour réintroduire l'intestin dans la cavité péritonéale, de lui faire traverser une cavité septique et difficile à désinfecter : le vagin. Et c'est là une source possible d'infection. Aussi nous ne pensons pas que c'est à l'hystérectomie vaginale que le chirurgien doit avoir recours.

Le traitement de choix, à notre avis, doit toujours être la laparotomie, car elle permet au chirurgien d'apprécier exactement l'état des lésions et de décider de l'intervention qu'il juge nécessaire. La laparotomie n'est, en effet, qu'un moyen de contrôle et doit être presque toujours le premier temps d'une résection ou d'une hystérectomie, souvent des deux. Bien rares doivent être les cas où le chirurgien, à l'exemple d'ALBERTI, peut se contenter d'une laparotomie conservatrice. Là encore nous ne pou-

vons tabler que sur un cas, et nous ne pouvons nous faire une opinion sur ce seul cas. Mais nous pensons encore que la rareté de l'intervention doit être un indice de la rareté de son indication. Il faut qu'il y ait un minimum de lésions, pour adopter pareille technique. Encore le chirurgien doit-il exercer une surveillance de tous les instants, prêt à intervenir à la moindre alerte.

La laparatomie peut donc être rarement conservatrice. Presque toujours elle doit s'accompagner d'hystérectomie. L'utilité de la résection intestinale peut se discuter dans certains cas, l'hystérectomie le plus souvent s'impose. Dans la déchirure compliquée de hernie, les lésions sont tellement importantes (à l'exception peut-être des perforations produites par la curette), que l'utérus ne saurait être conservé, sans devenir une menace d'infection. A quoi bon d'ailleurs garder un organe qui, lors de grossesse ultérieure, risque d'occasionner de graves accidents, car le tissu cicatriciel qui se constitue au niveau de la déchirure est une menace continuelle de rupture. « Lorsqu'une femme, écrit VARNIER, en essayant de reproduire l'espèce humaine, a rompu son utérus, elle est bonne, si elle y réchappe, à mettre en réforme pour blessures graves contractées en service : ce n'est pas avec des invalides qu'on fait campagne. »

Si nous examinons dans les observations que nous rapportons, les résultats donnés par l'hystérectomie abdominale avec ou sans résection, nous trouvons 4 guérisons pour 4 interventions. Trois fois l'hystérectomie fut accompagnée de résection : Obs. IX, VAN RIPER — Obs. XII, ORTHMANN, Obs. I, personnelle — une fois elle

fut pratiquée seule, Obs. III, HARDOUIN. Au contraire, la résection intestinale pratiquée sans hystérectomie a donné trois morts (Obs. X, VINCENT — Obs. XIII, OLSHAUSSEN — Obs. XVI, MANN) contre deux guérisons, Obs. XV, MANN. Ce dernier auteur rapporte ses deux guérisons (dont l'une sans commentaires) dans la même observation. A noter que dans ce parallèle, nous ne tenons pas compte de l'Observation IV, HARDOUIN, car l'intervention fut faite dans des conditions tout à fait spéciales.

Etant donné ces résultats, la suture de l'utérus ne nous apparaît que rarement possible et l'hystérectomie abdominale semble être le traitement qui donne le plus de chances de succès. Mais là encore il faut choisir et deux procédés s'offrent au chirurgien : l'hystérectomie totale et l'hystérectomie subtotale. Chacune a ses partisans. Les partisans de la dernière la préconisent parce que plus rapide et moins choquante. Les défenseurs de l'hystérectomie totale prétendent à leur tour qu'elle n'est pas plus choquante dans les cas de gravité moyenne et ESCUDIER cite pour une statistique globale de 363 cas, établie dans le service de WALTHER, la faible mortalité de 1,6 %. Et ils ajoutent que sans parler des avantages lointains que peut procurer la totale, tels que l'immunité contre le cancer du col, elle a au point de vue immédiat une supériorité incontestable. Elle permet, en effet, de drainer au point le plus déclive et d'assurer ainsi un meilleur drainage. Elle évite surtout le drainage abdominal avec toutes ses conséquences fâcheuses, l'éventration, les adhérences de l'intestin et la suppuration de la paroi. Ces arguments ont une grande valeur. L'hystérec-

tomie totale présente, certes, de gros avantages, mais dans le choix de l'intervention, le chirurgien doit tenir compte des circonstances où se trouve la malade. Et celle-ci, au cours des accidents que nous relatons, est presque toujours très fatiguée, parce qu'elle a saigné abondamment. Le chirurgien doit opérer rapidement, et alors la subtotalé présente une supériorité incontestable, parce que moins laborieuse et moins choquante. Elle permet aussi d'assurer une hémostase plus facile, et c'est là un point important parce que l'utérus, pendant la gestation, est un organe très vasculaire. L'argument du drainage n'a pas une grande valeur. Il suffit de fendre d'un coup de ciseau la lèvre postérieure du col, et ainsi on peut drainer au point le plus déclive. D'ailleurs, le chirurgien a toujours la ressource d'avoir recours au pansement MICKULICZ, et ce dernier est supérieur au drainage. Il a, en effet, l'immense avantage dans le cas d'hémorragie, d'assurer l'hémostase de ces surfaces cruentées qui saignent en nappe et au cours de l'infection, il constitue en même temps qu'une barrière, une porte de sortie pour le pus. Au cours des accidents que nous étudions, l'utérus doit souvent être considéré comme une cavité septique et de cette cavité des germes ont pu essaimer vers la cavité péritonéale. Le Mickulicz permet alors d'assurer un drainage très large, car l'absorption du pus par capillarité se fait de façon idéale et au fur et à mesure de sa formation. Mais il présente encore cet avantage d'immobiliser les anses grêles pendant un temps suffisant à la formation des adhérences, qui limiteront le foyer d'infection. Une précaution cependant s'impose dans le cas qui

nous occupe. Le chirurgien, après avoir pratiqué l'entéro-anastomose, doit avoir soin de recouvrir sa suture de tissu vivant, anse voisine ou épiploon, de façon à éviter qu'elle n'entre en contact direct avec le Mickulicz. Ce contact pourrait, en effet, amener la production d'une fistule intestinale.

L'hystérectomie subtotale présente donc de grands avantages et J.-L. FAURE et AUVRAY, dans le bulletin de la Société d'Obstétrique du 11 mars 1912, déclarent préférer l'hystérectomie subtotale, même élevée, à l'hystérectomie totale. Elle a, en effet, le grand mérite d'être rapide et peu choquante et son indication chez la femme infectée ou qui a saigné abondamment ne se discute pas.

« Il faut tenir compte de l'état de shock et d'anémie dans lequel se trouvent les femmes au moment où on les opère, a écrit SAUVAGE ; l'intervention qui n'est pas toujours la plus correcte comme intervention radicale, devient la méthode de choix, quand elle comporte une technique moins délicate, permet de gagner du temps, fait courir moins de risques à la femme en augmentant le moins possible son état de shock et économise le sang. Si l'on donne à cette considération toute la valeur qu'elle comporte, on est amené à pratiquer le plus rarement possible l'hystérectomie abdominale totale. » Ces paroles légitiment bien le choix de l'hystérectomie subtotale au cours des accidents que nous avons décrit et son association au Mickulicz lui permet d'assurer un drainage aussi parfait que la totale.

Pour certains chirurgiens, l'intervention se borne à une hystérectomie. Ils ne font pas la résection de l'anse

intestinale herniée : ils se contentent de la réduire. Nous ne parlons pas naturellement de ces cas où l'anse a été contusionnée ou perforée. La résection est alors nécessaire et tous les chirurgiens sont d'accord pour la pratiquer. Nous n'envisageons que les cas où il y a seulement hernie. La réduction sans la résection peut se défendre lorsque l'intestin n'a pas dépassé la cavité utérine et lorsque l'intervention est pratiquée immédiatement. Cette technique fut couronnée de succès dans un des cas que nous rapportons (Obs. III, HARDOUIN). Nous devons cependant faire une restriction. Au cours de l'accouchement, la cavité utérine est souvent le siège de manœuvres multiples. Le chirurgien peut à bon droit se demander si les conditions d'asepsie qui ont présidé à ces manœuvres ont été suffisamment rigoureuses, et il doit considérer la cavité utérine comme septique. La résection est pour lui une garantie de sécurité.

Mais l'intestin hernié ne reste pas toujours dans l'utérus. Dans la majorité des observations que nous citons, nous le voyons descendre dans le vagin, ou même venir faire saillie à la vulve. Dans tous ces cas, l'intestin doit être regardé comme septique et doit être réséqué. Le lavage avec un antiseptique ne saurait être pour le chirurgien une garantie suffisante qui lui permette de réintégrer dans le péritoine une anse qui a séjourné dans le vagin ou qui s'est trouvée en contact avec des draps plus ou moins propres. Sans doute quelques cas traités par la seule réduction (ALBERTI et LOWSLEY) se sont terminés heureusement. Ils ne sauraient emporter notre conviction et nous estimons que la seule façon d'éviter les accidents

de péritonite est la résection. Au cours de la laparatomie, elle sera le premier temps de l'intervention. Le chirurgien, après avoir placé une pince sur chacun des deux bouts de l'intestin, le bout afférent et le bout efférent, au niveau de leur entrée dans l'utérus, les sectionnera, pendant qu'un aide attirera à travers le vagin l'anse herniée. Il pratiquera alors une entéro-anastomose latéro-latérale ou termino-terminale et dans un deuxième temps, il enlèvera l'utérus.

Ainsi il aura supprimé les deux organes qui risquaient d'infecter la cavité péritonéale : l'utérus et l'anse intestinale herniée. Et avec l'appoint de soins post-opératoires énergiques pour soutenir l'état général et lutter contre l'infection possible, le chirurgien aura mis en œuvre tous les moyens qui peuvent lui permettre d'obtenir une guérison rapide.

CONCLUSIONS

1° Les hernies de l'intestin à travers les déchirures de l'utérus, provoquées au cours d'interventions, sont rares. Leur fréquence réelle ne doit pas cependant être jugée d'après les seuls cas publiés. La responsabilité de l'accoucheur étant parfois engagée, il hésite à publier ces cas malheureux et c'est par le chirurgien appelé à intervenir que la plupart sont connus.

2° Cette variété de hernie reconnaît deux mécanismes pour sa production : ou bien la hernie se produit spontanément sous la seule influence de la contraction abdominale, soit du fait de lésions importantes pouvant se traduire par une perte de substance de l'utérus, soit du fait de l'inertie utérine qui laisse béantes les lèvres de la déchirure : c'est la hernie directe ; ou bien les dimensions de la solution de continuité étant trop étroites pour que l'intestin s'y engage spontanément, c'est un instrument qui va le chercher dans la cavité abdominale et l'amène à l'extérieur : c'est la hernie indirecte.

3° La hernie de l'intestin peut être précédée de symptômes de déchirure, ou être elle-même le premier phénomène reconnu. Lorsque l'utérus est vide, et lorsque l'intestin s'extériorise jusqu'à la vulve, le diagnostic est facile. Mais si le fœtus et la délivrance ne sont pas

expulsés, et si l'intestin ne dépasse pas la cavité utérine ou le vagin, des erreurs sont possibles et l'anse herniée peut être confondue avec le cordon ombilical, des débris placentaires, les lèvres du col hypertrophiées.

Quelquefois hernie et déchirure passent inaperçues et c'est seulement quelques jours plus tard que le diagnostic rétrospectif est posé, par suite de l'étranglement d'une anse herniée au niveau de la déchirure ou de la formation d'un anus artificiel.

1° Certains de ces accidents peuvent être évités, car à l'origine il y a souvent incompétence, manque de sang-froid ou insuffisance de l'examen et du diagnostic, et la responsabilité de l'accoucheur ne fait pas de doute.

Lorsque ces accidents se produisent, l'abstention n'est pas permise. La laparatomie s'impose : elle permet, en effet, de contrôler exactement les lésions de l'intestin et de l'utérus, lésions qui dans presque tous les cas, entraînent la résection de l'anse intestinale herniée, et l'hystérectomie. L'hystérectomie subtotale paraît préférable à l'hystérectomie totale, parce qu'elle est plus rapide et moins choquante et qu'associée au Mickulicz, elle permet un drainage aussi parfait.

Vu : Le Doyen, Vu : Le Président de Thèse,
ROGER. BRINDEAU.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTI. — Central fur. gyn., 29 octobre 1894.
- AUBERT. — *Drainage après les interventions par la voie abdominale sur le petit bassin de la femme.* Th. Lyon, 1902.
- BAILLY. — Soc. Obs. et Gyn. de Paris, 1897.
- BAR, BRINDEAU, CHAMBRELENT. — *La pratique de l'art des accouchements.* (4^e édition refondue, Paris, 1927).
- BARNES. — *Lectures on obstetrics operation.* 3^e édit., p. 370.
- BAUDSON. — *Déchirures du col propagées au segment inférieur.* Th. Paris, 1911.
- BRENANS. — *Etude critique du drainage à Mickulicz. — Avantages et inconvénients.* Th. Lyon, 1893.
- BRUNEAU. — *Indication du curettage.* Th. Paris, 1895.
- BUDIN. — *Lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels.* Th. agrégation, 1878, Paris.
- CANTONNET. — *Abus du forceps dans les expulsions lentes.* Th. Paris, 1903.

- COLLE. — *Perforation traumatique de l'utérus*. Th. Lille, 1891.
- CONSTANT. — *Forceps. — Applications. — Statistique de Saint-Antoine*. Th. Paris, 1906.
- DUBRISAY et JEANNIN. — *Précis d'accouchement*. 6^e édition, 1924.
- DUMONT. — *Arch. de tocologie*, mars 1895.
- DUPARCQUE. — *Histoire des ruptures et déchirures utérines*. T. II. Paris, 1859.
- ESCUDIER. — *Technique et résultats de l'hystérectomie totale*. Th. Paris, 1919.
- FARABŒUF. — *Précis de manuel opératoire*, 1895.
- FAUCHEUX. — *Forceps. — Applications et pronostic*. Th. Paris, 1904.
- FAURE et SYREDEY. — *Traité de gynécologie médico-chirurgicale*. O. DOIN, 1914.
- FAURE. — *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 11 mars 1912.
- GRANGE. — *Variétés rares de hernies au point de vue du siège*. Th. Lyon, 1886.
- HARDOUIN. — *Bulletin de la Soc. Gyn. et Obst de Paris*. (Février 1927).
- HAYNES. — *American Journ. of obstetrics*, 1890.
- IGONET. — *Contribution à l'étude du drainage dans la laparatomie*. Th. Lyon, 1905.
- JAYEE. — Th. Paris, 1895.
- JOLLY. — *Ruptures de l'utérus*. Th. Paris, 1870.
- KYPARISI. — *Applications de Forceps à la clinique Tarnier*. Th. Paris, 1926.
- LAWSON TAIT. — *Traité des maladies des femmes*. — Traduit par BÉTHUNE, 1894.

- LEJARS. — *Valeur pratique du drainage abdominal.* —
Extrait de la Semaine Médicale, 17 janvier 1912.
- LENOIR. — *Perforations utérines dans les opérations pratiquées par la voie vaginale.* — Th. Paris 1898.
- LOWSLEY. — In obstetr. Journ. of Great Britain. T. III, p, 166.
- MAC KEEVER. — In biblioth. médic., t. LXXX, p. 403.
- MANN. — Americ. Journal of obstetrics. Obs. XXXI, n° 5.
- MARTINEAU. — *Traité des affections de l'utérus*, 1879.
- MORGAN. — Western Journ. of medical and surg., déc. 1844, et Americ. Journal of medic. sc., 1845., vol. IX, p. 521.
- MOTTE (de la). — *Traité complet des accouchements*, t. II, p. 671, édit. de 1769.
- MUNDE. — *Traité de petite chirurgie gynécologique.*
- OLSHAUSEN, ORTHMANN, VEIT, MARTIN. — Soc. Obst. et gyn. de Berlin, 1894. — Citées par DUMONT : Arch. de tocol. 1895.
- OUDINOT. — *Contribution à l'étude du pansement à la Mickulicz.* — Th. Paris, 1922.
- REBREYEND. — *Plaies perforantes de l'utérus.* — Th. Paris, 1901.
- PAJOT. — *De l'abus du forceps dans les accouchements lents.* — Gaz. des hôpitaux, 1861.
- POZZI. — *Traité de gynécol. clinique et opératoire.*
- RICHE. — *Perforations instrumentales utérines.* Th. Paris, 1907.
- RIBEMONT-DESSAIGNES et G. LEPAGE. — *Traité d'obstétrique.* MASSON. Paris, 8^e édition, 1914.
- SAUVAGE. — *Ruptures pendant le travail.* Th. Paris, 1902.

SAINT-JEAN. — *Déchirures du col propagées au segment inférieur*. Th. Paris, 1907.

SCHWARTZ. — *Revue méd. chir. des femmes*, 1894.

SIREDEY. — *Traité des maladies puerpérales*, 1884.

TARNIER, BUDIN et CHANTREUIL. — *Traité de l'art des accouchements*, 1898-1901, t. III.

VALOIS. — *Indications et résultats des applications de forceps à la clinique Baudelocque*. Th. Paris, 1923.

VAN RIPER. — *Med News.*, 22 août 1896.

VINCENT. — *Soc. nat. de méd. de Lyon*, 6 juillet 1896.

WILLARD. — *Accidents du curettage*. — Th. Paris, 1898.
